

علم النفس الإكلينيكي

Clinical Psychology

تأليف

د. تيموثي ج. ترول

Timothy J. Trull

ترجمة

د. فوزي شاکر طعيمة داود

دكتورة في علم النفس الإكلينيكي

حنان لطفي زين الدين

ماجستير في علم النفس



2007

علم النفس الإكلينيكي

هذه هي الترجمة الكاملة لكتاب

Clinical Psychology , 7th Edition,

by ***Timothy J. Trull***

University of Missouri-Columbia

COPYRIGHT @ 2005 Wadsworth, a division of
Thomson Learning, Inc.

ترول، ثيموثي
علم النفس الإكلينيكي / تأليف ثيموثي ج. ترول: ترجمة فوزي شاكر طعيمة
داود - عمان: دار الشروق، 2006
() ص
ر. إ. : 2006/11/3196
الواصفات: علم النفس الإكلينيكي // علم النفس /

• تم إعداد بيانات الفهرسة الأولية من قبل دائرة المكتبة الوطنية

(ردمك) ISBN 9957 - 00 - 295-3

(رقم الإجازة المتسلسل) 2006/10/3473

- علم النفس الإكلينيكي .
- تأليف : د. ثيموثي ج. ترول . ترجمة : د. فوزي شاكر طعيمة داود ، حنان لطفي زين الدين .
- لوحة الغلاف (الذاكرة) : سمية خالد جابر . (تصميم الغلاف : حسن سكيك)
- الطبعة العربية الأولى : الإصدار الأول 2007 .
- جميع الحقوق محفوظة © .



دار الشروق للنشر والتوزيع

هاتف : 4618190 / 4618191 / 4624321 فاكس : 4610065

ص.ب : 926463 الرمز البريدي : 11110 عمان - الأردن

دار الشروق للنشر والتوزيع

رام الله: شارع المستشفى رام الله - مقابل دائرة الطابو

هاتف 2975632 - 2991614 - 2975633 فاكس 02/2965319

جميع الحقوق محفوظة، لا يسمح بإعادة إصدار هذا الكتاب أو تخزينه في نطاق استعادة المعلومات أو نقله
أو استنساخه بأي شكل من الأشكال دون إذن خطي مسبق من الناشر.

All rights reserved. No Part of this book may be reproduced, or transmitted in any form or by any means, electronic or mechanical, including photocopying, recording or by any information storage retrieval system, without the prior permission in writing of the publisher.

■ الاخراج الداخلي وورق الألوان والأفلام :

دائرة الإنتاج / دار الشروق للنشر والتوزيع

هاتف : 4618190/1 فاكس 4610065 / ص.ب. 926463 عمان (11110) الأردن

الإهداء

إلى كل من أراد فهم الإنسان بحالاته المختلفة..

وكل من أحب العلم..

وسعى إليه دوتما ملل..

والى كل من عرفناهم يوماً

وكانوا لنا سنداً ومنابر للأمل والعطاء..

نهديكم هذا الكتاب..

المترجمان

التدخل الإكلينيكي

الفصل الحادي عشر

التدخل العلاجي النفسي

- 485
487 تعريف التدخل العلاجي .
488 هل من جدوى للعلاج النفسي؟
490 ما هي المشكلات القابلة للتغيير؟
492 الأوجه المشتركة بين أشكال العلاج النفسي .
498 المتغيرات العلاجية وطبيعتها .
509 سير التدخل العلاجي الإكلينيكي .
516 مراحل التغيير .
517 البحث في العلاج النفسي .
531 استنتاجات عامة .
533 ملخص الفصل .

الفصل الثاني عشر

العلاج النفسي من المنظور السيكودينامي

- 537
539 بدايات التحليل النفسي .
547 تقنيات العلاج بالتحليل النفسي .
557 بدائل التحليل النفسي .
564 تقييم موزل للعلاج بالتحليل النفسي .
571 ملخص الفصل .

المحتويات

| | |
|--------------------------|---|
| 15 | مقدمة المؤلف |
| 17 | مقدمة المترجمين |
| الباب الأول | |
| أسس علم النفس الإكلينيكي | |
| الفصل الأول | |
| 21 | مدخل إلى علم النفس الإكلينيكي |
| 23 | ما هو علم النفس الإكلينيكي؟ |
| 24 | المهن المقاربة في مجال الصحة النفسية . |
| 32 | الأخصائي النفسي الإكلينيكي . |
| 47 | التدريب : نحو هوية إكلينيكية . |
| 54 | الالتحاق في البرامج الجامعية . |
| 62 | سير المهنة . |
| 64 | تحمل الغموض والتعطش إلى المعرفة الجديدة . |
| 65 | ملخص الفصل . |
| الفصل الثاني | |
| 69 | تاريخ علم النفس الإكلينيكي |
| 71 | الجزور التاريخية . |
| 72 | التشخيص والتقييم . |
| 81 | التدخلات العلاجية . |
| 90 | البحث . |
| 95 | المهنة . |
| 105 | ملخص الفصل . |

الفصل الثالث

قضايا معاصرة في علم النفس الإكلينيكي

- 109 نماذج التدريب في علم النفس الإكلينيكي .
111 الأنظمة المهنية .
122 العيادات الخاصة .
125 الاستقلالية والاقتصاد .
126 ثورة الرعاية الصحية .
128 امتيازات وصف الأدوية .
135 خدمات الصحة النفسية الحساسة ثقافياً .
140 المعايير الأخلاقية .
142 ملخص الفصل .
148

الفصل الرابع

أساليب البحث في علم النفس الإكلينيكي

- 153 مدخل إلى البحث .
155 أساليب البحث العلمي .
157 الدلالة الإحصائية مقابل الدلالة العملية .
187 البحث والأخلاقيات .
188 ملخص الفصل .
193

الفصل الخامس

تشخيص المشكلات النفسية وتصنيفها

- 199 ما هو السلوك الشاذ أو غير السوي؟
202 المرض النفسي .
214 الدليل التشخيصي الرابع المعدل .
220 قضايا عامة في التصنيف .
225

| | |
|-----|---|
| 234 | أسباب السلوك غير السوي والاضطراب النفسي . |
| 235 | قيمة التصنيف . |
| 236 | ملخص الفصل . |

الباب الثاني

التقييم الإكلينيكي

الفصل السادس

المقابلة التشخيصية

| | |
|-----|-----------------------------------|
| 243 | |
| 245 | التقييم في علم النفس الإكلينيكي . |
| 249 | المقابلة . |
| 265 | أنواع المقابلات . |
| 278 | ثبات المقابلات وصدقها . |
| 289 | المقابلة : فن وعلم . |
| 289 | ملخص الفصل . |

الفصل السابع

تقييم الذكاء

| | |
|-----|---|
| 293 | |
| 295 | اختبار الذكاء : الأمس واليوم . |
| 297 | مفهوم الذكاء . |
| 307 | نسبة الذكاء (IQ) : معناها وارتباطاتها . |
| 316 | التقييم الإكلينيكي للذكاء . |
| 332 | ملخص الفصل . |

الفصل الثامن

تقييم الشخصية

- 337
341 الاختبارات الموضوعية .
367 الاختبارات الإسقاطية .
385 الارتباط الوهمي .
385 الصدق التزائدي للاختبار وفائدته .
387 استخدام الاختبارات وسوء استخدامها .
393 ملخص الفصل .

الفصل التاسع

التقييم السلوكي

- 397
399 التقليد السلوكي .
403 المقابلات السلوكية .
405 أساليب الملاحظة .
427 أساليب لعب الدور .
428 الاستبانات وقوائم الشطب .
429 التقييم المعرفي-السلوكي .
431 مواطن القوة والضعف في التقييم السلوكي .
433 ملخص الفصل .

الفصل العاشر

الحكم الإكلينيكي

- 439
441 العملية والدقة .
463 تحسين الحكم والتفسير .
468 الاتصال : التقرير الإكلينيكي .
479 ملخص الفصل .

الفصل الثالث عشر

| | |
|-----|--|
| 577 | العلاج النفسي من المنظورين الظواهري والإنساني الوجودي |
| 579 | العلاج المتمركز حول العميل . |
| 596 | الحركة الإنسانية الوجودية . |
| 607 | العلاج الخبروي . |
| 608 | تقييم مختصر للعلاج الظاهري والإنساني الوجودي . |
| 614 | ملخص الفصل . |

الفصل الرابع عشر

| | |
|-----|--|
| 619 | العلاج النفسي من المنظورين السلوكي والمعرفي-السلوكي |
| 621 | بدايات المنحى السلوكي . |
| 625 | التقنيات التقليدية في العلاج السلوكي . |
| 643 | العلاج المعرفي-السلوكي . |
| 654 | تقييم العلاج السلوكي . |
| 671 | ملخص الفصل . |

الفصل الخامس عشر

| | |
|-----|--------------------------------------|
| 677 | العلاج الجمعي والأسري والزوجي |
| 679 | العلاج الجمعي . |
| 696 | العلاج الأسري والعلاج الزوجي . |
| 713 | ملخص الفصل . |

تخصصات علم النفس الإكلينيكي

الفصل السادس عشر

علم النفس المجتمعي

| | |
|-----|--------------------------|
| 721 | |
| 723 | المنظورات والتاريخ . |
| 729 | المفاهيم الأساسية . |
| 744 | أساليب التدخل والتغيير . |
| 753 | تعليقات ختامية . |
| 758 | ملخص الفصل . |

الفصل السابع عشر

علم النفس الصحي والطب السلوكي

| | |
|-----|---------------------------------------|
| 763 | |
| 766 | التاريخ والمنظورات . |
| 778 | أساليب التدخل . |
| 785 | الوقاية من المشكلات الصحية . |
| 792 | تطبيقات أخرى . |
| 795 | علم النفس الصحي : توقعات المستقبلية . |
| 803 | ملخص الفصل . |

الفصل الثامن عشر

علم النفس العصبي

| | |
|-----|--|
| 809 | |
| 811 | المنظورات والتاريخ . |
| 817 | الدماغ : بناؤه ووظائفه والخلل الذي يصيبه . |
| 826 | أساليب التقييم النفسي العصبي . |
| 837 | التدخل وإعادة التأهيل . |

839 ملاحظات ختامية .

842 ملخص الفصل .

الفصل التاسع عشر

849 علم النفس القضائي

851 المنظورات والتاريخ .

856 بعض الأنشطة الأساسية لأخصائي علم النفس القضائي .

880 ملخص الفصل .

الفصل العشرون

885 علم نفس الأطفال الطبي والإكلينيكي

887 التعريفات ، التاريخ ، والمنظورات .

896 الأنشطة الأساسية .

927 التدريب .

929 مستقبل علمي نفس الأطفال الطبي والإكلينيكي .

931 ملخص الفصل .

935 المراجع

مقدمة المؤلف

السلام عليكم،

أهلاً بكم في النسخة العربية للطبعة السابعة من كتاب علم النفس الإكلينيكي! هذه الترجمة تعد خطوة مهمة في ميدان علم النفس الإكلينيكي، بالنسبة لقراء علم النفس في العالم العربي. لقد عمل الدكتور فوزي داود وحنان زين الدين دون كلل أو ملل لعدة سنوات؛ لضمان أن يكون هذا الكتاب متاحاً لجزء مهم من سكان العالم. وهما جديران بالشناء والتهنئة على قيامهما بهذا العمل الرائع.

أمل أن يكون هذا الكتاب مثيراً وملهماً وغنياً بالمعلومات. إن علم النفس الإكلينيكي ميدانٌ ممتع، وفرصه كبيرة عالمياً. وسواء كنتم مهتمين بممارسة علم النفس الإكلينيكي، أو تدريسه، أو كنتم باحثين في إحدى المشكلات التي يتطرق إليها هذا العلم أو العلوم المتصلة به، فإن هذا الكتاب هو المرجع المناسب لكم. لذا، فإنني أحثكم على تأمل المادة التي يقدمها هذا الكتاب وعلى تمثلها، ودمجها في حياتكم الشخصية والمهنية. إضافةً إلى ذلك، يبقى مدرّسوكم مصدراً حيوياً للمعلومات أيضاً؛ لذا لا تترددوا في طرح أي سؤال يمكن أن يخطر ببالكم حول هذا الميدان. شكرًا لكم ثانيةً لاهتمامكم بهذا الكتاب، وبميدان علم النفس الإكلينيكي!

مع تحيات

د. تيموشي ج. ترول

As-salaam alaykum!

Welcome to the Arabic edition of Clinical Psychology , 7th edition !This translation marks an important step in sharing the field of clinical psychology with psychology readers in the Arab world. Dr. Dauod and Hanan Zain Eddin have worked tirelessly for several years to ensure this book is accessible to a vitally important segment of the world's population. They are to be commended and congratulated on doing such a fine job.

My hope is that this textbook will be informative, engaging, and inspiring. Clinical Psychology is an exciting field with many opportunities worldwide. Whether interested in the practice of clinical psychology, the teaching of clinical psychology, research on problems addressed by clinical psychology, or fields related to clinical psychology, this textbook and this course is for you. I encourage you to reflect on the material presented in the textbook, especially how it may be relevant to your own life and professional aspirations.

Furthermore, your instructors are a vital resource as well. Be sure and ask any questions that may arise and their own opinions about the field. Thank you again for interest in this textbook and in the field of clinical psychology!

Sincerely,

Timothy J.Trull, PhD

مقدمة المترجمين

حين ننهل العلم ، ونظن أننا بلغنا غاياته ، نفاجأ بضآلة ما نعرف وبأن الطريق ما يزال في أولى خطواته . هكذا كان الدرب وسيستمر ، منذ أن يبدأ الواحد منا بالتعلم طفلاً حتى ينتهي به الأجل ، سيبقى العلم بحرّاً لا قرار له . وفي محاولتنا نقل شيء من تجربتنا الأكاديمية في ميدان علم النفس ، اخترنا ترجمة هذا الكتاب الذي يحتوي معلومات قيمة ومفيدة لكل من يود الاستزادة من هذا الميدان الحيوي والمهم في حياتنا المعاصرة ، والذي لا يخلو أيضاً من الإثارة ؛ ميدان علم النفس الإكلينيكي .

إن الهدف الأساسي من ترجمة كتاب علم النفس الإكلينيكي لتيموثي ترول ، هو تزويد الطلبة والدارسين والمهتمين بهذا العلم بمراجعة حديثة وشاملة ومنظمة لهذا الميدان المتغير والدينامي . فهو يستعرض نتائج الأبحاث الجديدة ، كما يوضح الصلة الوثيقة ما بين الأساس العلمي والممارسة الإكلينيكية في هذا المجال .

ولتحقيق أقصى فائدة ممكنة من هذا المرجع ، نود أن نوجّه طلبتنا الأعزاء إلى ضرورة الإلمام بمبادئ أساسية أخرى في علم النفس ؛ مثل علم نفس الشواذ ومناهج البحث النفسي والإحصاء ، قبل رجوعهم إلى هذا الكتاب . فبمثل هذه القاعدة من المعرفة يكون الطالب قد هباً نفسه لفهم وتقدير أفضل للمسائل والجوانب المتقدمة في هذا الميدان ، والتي تمت الإشارة إليها في فصول الكتاب .

ويعرض القسم الأول من هذا الكتاب نبذة عن أساسيات علم النفس الإكلينيكي بصورة سلسة ، فهو يتحدث عن تعريفه ومجالاته المتنوعة ، وارتباطه بالعلوم الأخرى ، وعن تاريخه وتطور مجالاته ، ويتناول أيضاً بعض القضايا المعاصرة التي تواجه علم النفس الإكلينيكي ، وأساليب البحث فيه ، وطرق التقييم الإكلينيكي المختلفة .

أما القسم الثاني فيفصل في بعض مسائل التشخيص والتقييم النفسي . كما يتناول تشخيص المشكلات النفسية وتصنيفها ، وتعريفها بالمقابلة التشخيصية التي تعد من أهم أساليب التقييم ، ومن ثم يتحدث عن الاختبارات النفسية المختلفة التي تقيّم الذكاء والشخصية والسلوك ، وصولاً إلى إصدار الحكم الإكلينيكي .

الباب الأول

أسس علم النفس الإكلينيكي

- الفصل الأول: مدخل إلى علم النفس الإكلينيكي
- الفصل الثاني: تاريخ علم النفس الإكلينيكي
- الفصل الثالث: قضايا معاصرة في علم النفس الإكلينيكي
- الفصل الرابع: أساليب البحث في علم النفس الإكلينيكي
- الفصل الخامس: تشخيص المشكلات النفسية وتصنيفها

1

الفصل الأول

مدخل إلى علم النفس الإكلينيكي

Clinical Psychology An Introduction

الأسئلة الجوهرية:

- 1- ما الذي يميز الأخصائي النفسي الإكلينيكي عن غيره من أخصائيي الصحة النفسية؟
- 2- كيف يجمع الأخصائي الإكلينيكي بين البحث والممارسة (العمل الإكلينيكي)؟
- 3- ما هي التوجهات الحديثة التي يحتمل أن تؤثر في أدوار الأخصائيين الإكلينيكين مستقبلاً؟
- 4- ما هي العناصر الأساسية لبرنامج الدكتوراة في علم النفس الإكلينيكي؟
- 5- ما هي مؤهلات خريجي علم النفس الإكلينيكي؟

محتويات الفصل:

- ما هو علم النفس الإكلينيكي؟
- المهن المقاربة في مجال الصحة النفسية .
- الأخصائي النفسي الإكلينيكي .
- التدريب : نحو هوية إكلينيكية .
- القبول في البرامج الجامعية .
- سير المهنة .
- تحمل الغموض والتعطش إلى المعرفة الجديدة .
- ملخص الفصل .

ما هو علم النفس الإكلينيكي؟ What Is Clinical Psychology

ومن هو الأخصائي الإكلينيكي؟ بالرغم من الصور التي يرسمها الإعلام لعلم النفس الإكلينيكي -الحقيقية منها والخيالية- إلا أن طبيعة عمل الأخصائي النفسي ودراسته الجامعية ما تزال غير واضحة ومشوشة في أذهان الكثير من الناس (J.Peterson, 1995). وربما لا يكون هذا الأمر مفاجئاً في ضوء تنوع الأخصائيين الإكلينيكين، وحقيقة كونهم مجموعة متغايرة الخواص من حيث العمر والجنس والخلفية النظرية والأدوار (Norcross, Karpiak & Santoro, 2004). وبعد كل هذه السنوات، ما يزال بعض هؤلاء الناس يخلط بين الأخصائي النفسي الإكلينيكي والطبيب النفسي، وما زال بعضهم أيضاً يعتقد بأن الأخصائي النفسي الإكلينيكي هو نفسه المحلل النفسي، بينما يراه آخرون على أنه "مشعوذ" (witch doctor)، وهناك أيضاً من ينظر إليه على أنه شخص غريب الأطوار إلى حد ما. ولكن لحسن الحظ، يبقى هناك الكثيرون ممن ينظرون إلى الأخصائي النفسي الإكلينيكي باعتباره باحثاً أو معالجاً نفسياً أو عضواً له مكاتته ضمن جمعيات وهيئات متخصصة ومرموقة.

وفي محاولة منه لتعريف علم النفس الإكلينيكي ووصفه، اقترح ج. ه. ريزنيك (J. H. Resnick, 1991) التعريف أو الوصف التالي:

علم النفس الإكلينيكي مجال يتضمن القيام بالبحث والتدريس وتقديم الخدمات التي تُعنى بتطبيق المبادئ والطرق والأساليب السيكولوجية بغرض فهم سائر أشكال سوء التكيف والعجز والضيق في النواحي العقلية والعاطفية والبيولوجية والنفسية والاجتماعية والسلوكية، والتنبؤ بها، والتخفيف منها لدى طيف واسع من العملاء (ص 7).

ووفقاً لمنظور ريزنيك، يتضمن مجال علم النفس الإكلينيكي مهارات أساسية عديدة، تشمل التقييم والتشخيص والتدخل العلاجي أو المعالجة، وتقديم المشورة وإجراء البحث ومراعاة المبادئ الأخلاقية والمهنية. ويتميز علماء النفس الإكلينيكيون بخبرتهم في مجالات الشخصية والاضطرابات النفسية، وجمعهم بين العلم والنظرية والممارسة.

ولعل أحدث تعريفات علم النفس الإكلينيكي هو التعريف الذي يظهر على موقع الشعبة رقم 12 التابعة للرابطة النفسية الأميركية (Society of Clinical Psychology: www.apa.org/divisions/div12) والذي ينص على أن:

علم النفس الإكلينيكي ميدان يجمع ما بين العلم والنظرية والممارسة من أجل فهم مختلف أشكال سوء التكيف والعجز والضيق، والتخفيف منها أو معالجتها، والعمل

على تعزيز تكيف الفرد ونموه الشخصي . ويركز علم النفس الإكلينيكي على الوظائف العقلية والعاطفية والبيولوجية والنفسية - الاجتماعية والسلوكية لدى الأفراد في سائر مراحل حياتهم وثقافتهم ومستوياتهم الاجتماعية - الاقتصادية المختلفة .

وبالرغم مما تتضمنه هذه التعريفات من أهداف بالنسبة لعلماء النفس الإكلينيكين وما تنطوي عليه من مهارات ، إلا أنه ينبغي علينا ملاحظة الطريقة التي ينظر بها الناس إلى هذا الاختصاص ، ومحاولة تصحيح أية تصورات خاطئة حوله . والهدف الأساسي للفصل الأول من هذا الكتاب هو توضيح طبيعة ميدان علم النفس الإكلينيكي ، وذلك من خلال وصف ما يقوم به الأخصائيون الإكلينيكيون من أعمال ونشاطات ، والأماكن التي يعملون بها ، وكيف يصبحون أخصائيين إكلينيكين ، وبماذا يختلفون عن غيرهم من الأخصائيين المهتمين بالصحة النفسية . ونرجو من ذلك كله أن نصل إلى فهم أفضل لعلم النفس الإكلينيكي .

المهن المقاربة في مجال الصحة النفسية

Closely Related Mental Health Professions

قبل أن نتفحص طبيعة علم النفس الإكلينيكي ، لنلق نظرة سريعة على بعض الاختصاصات الأساسية في مجال الصحة النفسية . ولأن هنالك كثيراً من الخلط بين كل من علم النفس الإكلينيكي والطب النفسي والإرشاد النفسي أيضاً ، فسيتركز معظم نقاشنا على هذه المجالات .

الأطباء النفسيون Psychiatrists

الطبيب النفسي هو في الأصل طبيب (physician) . وتعود جذور الطب النفسي إلى التقليد الطبي ، كما أنه يقع ضمن إطار المؤسسة الطبية . وعليه ، يتمتع الأطباء النفسيون بالنفوذ الذي تتمتع به المهن الطبية وبالمكانة التي تحظى بها ، بالرغم من أن الإرث الفكري لهذا الفرع من الطب ينحدر من الإسهامات غير الطبية لعلماء مثل فرويد ويونج وأدلر وغيرهم . ومع أن هؤلاء أنفسهم كانوا أطباء ، إلا أنهم خرجوا من دائرة التقليد الطبي من أجل تطوير نظام في التحليل النفسي لا يرتبط بالطب إلا فيما ندر . ولقد سعى الطب النفسي بكل جرأة وفاعلية للمحافظة على دوره المتفوق والمتقدم في الهرم المهني لميدان الصحة النفسية ، ولعل الكثير من الجدل المهني القائم هنا هو جدل يتناول هذه الخلفية الطبية بالذات ، والتي ينتمي إليها هؤلاء الأطباء .

ولأن الأطباء النفسيين تلقوا تدريبهم في ميدان الطب ، فبإمكانهم العمل كأطباء ؛ يصفون الأدوية ويعالجون العلل الجسدية ويجرون الفحوصات الطبية . وإلى جانب اهتمامهم بالعلاج النفسي

والتشخيص الطبي النفسي ، نراهم يلجؤون إلى العديد من الأدوية في علاج الصعوبات النفسية عند مرضاهم . وفوق ذلك ، فإن تدريبهم الطبي يتيح لهم التعرف على المشكلات الطبية التي قد تتدخل في الاضطرابات النفسية لمرضاهم . على أية حال ، وكما يبين التوضيح 1-1 ، فحتى الخطوط التقليدية التي كانت تميز بين الطبيب النفسي والأخصائي الإكلينيكي في الماضي لم تعد بذلك الواضح الآن ، وستصبح أقل وضوحاً في المستقبل .

التوضيح 1-1

ولكن هل هذا هو المنظور الصحيح لعلم النفس الإكلينيكي؟

منذ بداية التسعينيات من القرن العشرين ، عثر عدد من علماء النفس الإكلينيكين عن أملهم بالحصول على امتياز وصف الأدوية ، ذلك الامتياز الذي طالما تمتع به الأطباء النفسيون منذ أمد بعيد . وبالتحديد ، فهم يرغبون في وصف الأدوية النفسية التي تؤثر في النشاط العقلي أو المزاج أو السلوك . ولكن إلى هنا ، حذر بعضهم بقوله إن سبب ازدهار علم النفس الإكلينيكي هو اختلافه عن الطب النفسي .

ويقول هؤلاء إن علماء النفس الإكلينيكين طوروا مهارات متميزة في مجال التقييم الإكلينيكي ، كما قاموا بإنشاء المهنة وفق أسس علمية متينة . لذلك ، فإن محاولة تقليد الطب النفسي من خلال رغبة ساذجة بوصف الأدوية ، قد تدمر السمات المميزة لعلم النفس الإكلينيكي .

وكثيراً ما يؤكد علماء النفس الإكلينيكين على استقلالية عملائهم ، وعلى ضرورة تعاونهم مع المعالج في عملية التغيير . وبالمقابل ، نجد الأطباء النفسيين ينحدرون من تقاليد سلطوية ؛ فالطبيب هو شخص خبير يعلم مرضاه بالخلل الذي يعانون منه ، ومن ثم قد يصف لهم الأدوية لتسبير حياتهم بشكل أفضل . بينما يلتزم علماء النفس الإكلينيكين تقليدياً بقوة الكلمة ("العلاج بالكلام") وبالفكر والتعلم الاجتماعي . فهم لا يؤيدون الشعار لقائل بـ "حياة أفضل عن طريق الكيمياء" في علاج المشكلات النفسية . وبالرغم من أن هنالك القليل من علماء النفس الإكلينيكي الذين يزعمون بأن الأدوية ليست ضرورية أبداً ، إلا أن العديد منهم يرى بأن على العملاء في نهاية المطاف أن يتعلموا كيفية التعامل مع مشكلاتهم الحياتية . ويبدو أن المسألة في الوقت الحاضر تتمثل في الخلاف حول القصة التي تتضمنها عملية وصف الأدوية وامتيازاتها . وسنتاقش هذا الموضوع بالتفصيل في الفصل الثالث . وبغض النظر عن هذا التناقض الوجداني في كيان علم النفس الإكلينيكي ، فقد قامت الرابطة النفسية الأميركية بتأييد هذا السعي عام 1995 (Martin, 1995) ولهذا القرار مضامينه المهمة في البحث والتدريب والممارسة ، حيث سيتطلب الأمر -على سبيل المثال- إحداث تغييرات أساسية على مستوى الدراسات العليا وبرامج التدريب في إعداد الخريجين من الإكلينيكين للقيام بهذا الدور .

وفي إحدى الدراسات المسحية ، وجد رايلي وإيليوت وتوماس (Riley, Elliott, & Thomas, 1992) أن أغلبية مشرفي التدريب (75٪) قالوا إن برامجهم التدريبية ينبغي أن تمتد ستة إضافية على الأقل لمنح المعالجين التفسيرية امتياز وصف الأدوية ، بينما قال 3.12٪ منهم إن برامجهم يجب تعديلها بشكل كلي . على أية حال ، يبدو حالياً أن التخصص المطلوب للحصول على امتياز وصف الأدوية سيكون بعد الحصول على درجة الدكتوراة . ويوافق معظمهم على أن قرار الرابطة النفسية الأميركية المتعلق بالحصول على امتيازات وصف الأدوية سيكون له تأثيره العميق على الاتجاه الذي سيتخذه علم النفس الإكلينيكي ، وعلينا الانتظار كي نرى ما إذا ما كان هذا التأثير إيجابياً أو سلبياً .

بعد حصوله على شهادة الطب وإنتهائه من فترة الامتياز المطلوبة ، يتلقى الطبيب الذي يسعى للتخصص في هذا الميدان تدريباً في الطب النفسي مدة أربع سنوات يفضيها كطبيب مقيم . وتتضمن فترة التخصص : العمل مع المرضى -في العيادات الخارجية أو المستشفيات- تحت إشراف طبيب نفسي ، والمشاركة في حلقات البحث ، والمطالعة والمناقشة في مجال الطب النفسي ، وغيرها من النشاطات ذات العلاقة . ويتفاوت العبء الدراسي هنا من جامعة لأخرى ، إلا أن الموضوع الأساسي الذي يتركز عليه تدريبهم هو القيام بمعالجة المرضى تحت إشراف أطباء نفسيين من ذوي الخبرة .

وفيما يلي وصف للطبيب النفسي كما يظهر على موقع الإنترنت الخاص بالرابطة الأميركية للطب النفسي (American Psychiatric Association) (www.psych.org) :

الطبيب النفسي معالج متخصص في تشخيص الأمراض النفسية والاضطرابات الناجمة عن استخدام المواد المخدرة ، ومعالجتها والوقاية منها . . . والتدريب الطبي المكثف يتيح للطبيب النفسي فهم وظائف الجسم وفهم طبيعة تلك العلاقة المعقدة ما بين الاضطراب الانفعالي والأمراض الطبية الأخرى . وبالتالي ، فالطبيب النفسي هو أخصائي في الصحة النفسية ، وهو أيضاً ذلك الطبيب المؤهل والقادر على التمييز بين الأسباب العضوية والنفسية للاضطرابات النفسية والجسدية على حد سواء .

بالمقابل ، يتلقى الأخصائيون الإكلينيكيون عادةً تدريباً بسيطاً في الطب ، وآخر مكثفاً في الأسس والمبادئ النفسية التي تحكم السلوك البشري ، وفي تقييم الوظائف النفسية وأساليب البحث العلمي .

على أن الطب النفسي لم يعد يحظى بالشعبية والشهرة اللتين كان يحظى بهما في الماضي ؛ حيث تراجعت نسبة خريجي كليات الطب الذين يلتحقون بتخصص الطب النفسي عموماً منذ عام 1970 (Sierles&Taylor,1995) . ففي عام 1994 ، لم يلتحق بتخصص الطب النفسي سوى 3.4% من خريجي الطب في أمريكا ، وهي أدنى نسبة منذ عام 1929 (Sierles&Taylor,1995) . وتم تفسير هذا التراجع بعدة مبررات ، أهمها : تركيز الطب النفسي على التوجهات البيولوجية (مما يجعله مجالاً تفليدياً ولا يختلف كثيراً عن غيره من التخصصات الطبية الأخرى) ، والأثر الاقتصادي للرعاية الصحية على ممارسة الطب النفسي ، والمنافسة المتزايدة من قبل تخصصات الصحة النفسية الأخرى ، مثل علم النفس الإكلينيكي (Sierles&Taylor,1995) .

أما بالنسبة للأطباء النفسيين الذين يزاولون المهنة ، فقد استطاع مسح عام تسليط الضوء على بعض التوجهات الديموغرافية السائدة لديهم (Zarin et al.,1998) . أولها أن هنالك نسبة متزايدة من

النساء اللواتي يلتحقن بميدان الطب النفسي (25٪ عام 1996 مقابل 14.5٪ عام 1982) . بالإضافة إلى ذلك ، فقد شهدت السنوات الأخيرة تزايداً في نسبة الطلبة الملتحقين بالطب النفسي من الأقليات العرقية المختلفة . وأخيراً ، فقد لوحظ بأن متوسط عدد ساعات العمل الأسبوعية في الطب النفسي أخذت بالتناقص .

أخصائي الإرشاد النفسي أو المرشد النفسي Counseling Psychologists

وتتداخل نشاطات المرشدين النفسيين مع نشاطات الأخصائيين الإكلينيكين . إذ يعمل المرشدون النفسيون تقليدياً مع الأفراد العاديين أو ذوي الاضطرابات البسيطة ، وقد يشمل عملهم الإرشاد الجمعي أو الفردي . والمقابلة هي أسلوب التقييم الأساسي لديهم عادةً ، إلا أنهم يستخدمون الاختبارات أيضاً (مثل تقييم القدرات والشخصية والاهتمامات والاستعدادات المهنية) . وتاريخياً ، يذكر بأن المرشدين النفسيين قاموا بدور أكبر في مجال الإرشاد التربوي والمهني . إلا أن الكثيرين منهم بدؤوا مؤخراً باللجوء إلى استخدام التقنيات المعرفية- السلوكية ، بل وحتى التغذية الحيوية الراجعة .

لقد كانت معظم الأعمال التي يقوم بها المرشدون النفسيون تقليدياً تقع ضمن إطار المؤسسات التعليمية ، وخاصة المعاهد والجامعات . إلا أن المرشدين النفسيين (كما الأخصائيين الإكلينيكين) يعملون أيضاً في المستشفيات ومراكز إعادة التأهيل وعيادات الصحة النفسية والمصانع وغيرها . وخير مثال على طبيعة العمل الذي يقوم به المرشد النفسي في المؤسسات التعليمية ، ما ورد في مقال نشرته إحدى الصحف الجامعية منذ عدة سنوات ، بعنوان : "المركز الإرشادي يلبي احتياجات الطلبة المتزوجين" ، ويصف المقال مجموعة من الجلسات العلاجية التي أعدت لمساعدة الآباء من الطلبة في التعامل مع المشكلات الناجمة عن الزواج والأطفال ، والتي قد تنعكس على مدى تحقيقهم لأهدافهم الأكاديمية .

بشكل عام ، يجد المرشد النفسي نفسه في النشاطات التالية : (أ) التدخلات الوقائية ، (ب) تقديم الاستشارات ، (ج) تطوير برامج تعليمية واسعة النطاق ، (د) الإرشاد المهني ، و(هـ) العلاج/ الإرشاد قصير الأمد الذي يتراوح ما بين جلسة واحدة وخمس عشرة جلسة . على أية حال ، يبدو أن المرشدين الأصغر سناً يجدون أنفسهم - بشكل متزايد - أكثر انخراطاً في نشاطات كالعلاج النفسي ، والذي يقع عادةً في نطاق العمل الإكلينيكي . كما نراهم اليوم أقل اهتماماً بالإرشاد المهني ، وأكثر توجهاً للعمل في العيادات الخاصة .

وبالرغم من وجود عدد من القواسم المشتركة بين الإرشاد النفسي وعلم النفس الإكلينيكي ، إلا أن لكل منهما جوانبه المميزة أيضاً (Norcross, Sayette, & Mayne, 2002) . فمجال علم النفس

الإكلينيكي أكثر اتساعاً من حيث عدد الأخصائيين الذين يحملون درجة الدكتوراة ، ومن حيث عدد البرامج المعتمدة في تدريب طلبة الدكتوراة ؛ فهناك ما يقارب الثلاثة أضعاف من برامج الدكتوراة والأربعة أضعاف من عدد الخريجين في علم النفس الإكلينيكي مقارنةً بالإرشاد النفسي . وبعكس معظم برامج علم النفس الإكلينيكي ، فقليلاً ما نجد برامج الإرشاد النفسي ضمن أقسام علم النفس . وأخيراً ، فالمرشدون النفسيون أكثر قدرةً على تقديم الخدمات للعملاء ذوي الاضطراب أو سوء التكيف البسيط ، وأكثر ميلاً للتخصص في مجال التقييم المهني . وتبين نتائج أحد الاستفتاءات الحديثة (Norcross, & Sayette, Mayen, Karg, & Turkson, 1998) بعض الفروق الأخرى في برامج الدكتوراة بين علم النفس الإكلينيكي والإرشاد النفسي ، تتمثل فيما يلي :

- بالرغم من أن نسبة القبول في كلا التخصصين واحدة ، إلا أن عدد المتقدمين لبرامج علم النفس الإكلينيكي يبلغ ضعف عدد المتقدمين للإرشاد النفسي .
- متوسط درجات امتحان القبول الجامعي (Graduate Record Examination-GRE) المطلوبة لقبول الطلبة في البرامج الإكلينيكية أعلى منه في البرامج الإرشادية .
- نسبة قبول الطلبة من ذوي الأقليات العرقية ومن حَمَلَة المايجستير هي أعلى في برامج الإرشاد النفسي منها في علم النفس الإكلينيكي .
- يتركز البحث في برامج الدكتوراة ضمن أقسام الإرشاد النفسي على قضايا تتعلق بالأقليات والمسائل البين ثقافية ، وعلى الاختبارات المهنية بشكل أكبر .
- يتركز البحث في برامج الدكتوراة ضمن أقسام علم النفس الإكلينيكي على الاضطرابات النفسية وعلى الصحة النفسية الإكلينيكية بشكل أكبر .

ويُقدَّر عدد برامج التدريب على مستوى الدكتوراة في الإرشاد النفسي بما يزيد عن 70 برنامجاً أقرتها الرابطة النفسية الأميركية (American Psychological Association-APA) . كما يُقدَّر بأن هنالك ما يزيد عن 500 درجة دكتوراة تمنح سنوياً في الإرشاد النفسي (Norcross et al., 2002) .

تخصصات أخرى في الصحة النفسية Other Mental Health Professionals

أخصائي الخدمة الاجتماعية في الطب النفسي Psychiatric Social Worker

وتبدو النشاطات المهنية لأخصائي الخدمة الاجتماعية في الطب النفسي مقارنةً لنشاطات الطبيب النفسي والأخصائي الإكلينيكي . حيث يقوم العديد من الأخصائيين الاجتماعيين بالطب النفسي بمهمة تقديم العلاج النفسي للأفراد والجماعات ، والمساهمة في عملية التشخيص كذلك .

وفي الماضي ، اتجه عمل أخصائي الخدمة الاجتماعية نحو التصدي للمؤثرات الاجتماعية والعوامل الخارجية التي تسهم في إحداث صعوبات لدى المرضى . وكان أخصائي الخدمة الاجتماعية يتولى دراسة تاريخ الحالة للمريض أو مقابلة أقاربه والمحيطين به ، أو ترتيب المسائل المتعلقة بالتوظيف أو إرشاد الأهل ؛ بينما يقوم الطبيب النفسي بإجراء العلاج النفسي ؛ أما الأخصائي الإكلينيكي فيقوم بتطبيق الاختبارات النفسية . لكن الدارس يلاحظ أن هذه الأدوار المهنية قد تغيرت وتداخلت مع مر السنين .

ولعل قربهم من الأطباء النفسيين والأخصائيين النفسيين هو ما أدى بالعديد من أخصائيي الخدمة الاجتماعية إلى التركيز بصورة أقل على العوامل الاجتماعية أو البيئية ، وزيادة الاهتمام بالعوامل النفسية الداخلية كبقية زملائهم . لكن الملاحظ الآن أن العديد منهم بدؤوا بالابتعاد عن تأثيرات التحليل النفسي ، والعودة إلى التركيز على المحددات الاجتماعية والأسرية للاضطرابات النفسية كما كانوا سابقاً .

ولقد كانت مهنة أخصائي الخدمة الاجتماعية سبّاقةً في استخدام العمل الميداني الخاضع للإشراف ، وذلك كأسلوب تعليمي لتدريب الطلاب . فالعمل الميداني أصبح جزءاً من برامج التدريب للحصول على درجة الماجستير (وهي الدرجة النهائية عادةً بالنسبة لأخصائيي الخدمة الاجتماعية) ، والتي عادةً ما تتطلب التدرّب لسنتين كاملتين . ومقارنةً بتدريب الأخصائيين الإكلينيكين والأطباء النفسيين ، يعد تدريب أخصائيي الخدمة الاجتماعية قصيراً . ونتيجةً لذلك ، فإن مسؤوليات أخصائيي الخدمة الاجتماعية ليست بمستوى المسؤوليات المنوطة بالطبيب النفسي أو الأخصائي الإكلينيكي . ومما يميز أخصائيي الخدمة الاجتماعية انخراطه الشديد في الحياة اليومية لمرضاه ، وما يواجهونه من ضغوط ؛ فكثيراً ما يقوم بزيارة المريض في منزله أو مكان عمله أو حتى مقابلته في الشارع ، وهي الأماكن التي يقضي فيها المرضى الجزء الأكبر من وقتهم . كما يتسم دور أخصائيي الخدمة الاجتماعية بالحيوية والنشاط ، فهو لا يهتم بالتعميمات النظرية المجردة بقدر اهتمامه بالجوانب العملية من حياة المرضى .

ويتم توظيف العديد من أخصائيي الخدمة الاجتماعية من قِبَل المؤسسات الخدمائية بشكل أو بآخر . وبعضهم يجد طريقه للعمل في العيادات الخاصة على نحو ما ، حيث لا يختلف عملهم في العلاج الفردي أو الأسري عن عمل الطبيب النفسي أو الأخصائي الإكلينيكي . كما أن أخصائيي الخدمة الاجتماعية قد يعمل كعضو في فريق الصحة النفسية (طبيب نفسي وأخصائي إكلينيكي وأخصائيي الخدمة الاجتماعية) في المستشفيات ، أو مراكز الخدمة الاجتماعية ، أو عيادات الصحة النفسية .

وفي الوقت الحالي ، من الواضح أن ميدان العمل الاجتماعي يشهد نمواً هائلاً . حيث يُقدَّر ما يقدمه أخصائيو الخدمة الاجتماعية من خدمات في الولايات المتحدة مثلاً بأكثر من نصف الحجم الكلي لخدمات الصحة النفسية ، ويتبع ذلك توقعات بزيادة احتمالات حصولهم مستقبلاً على مركز وظيفي في سوق العمل ؛ وذلك لأنهم يشكلون بديلاً أقل كلفةً من الأطباء النفسيين والأخصائيين الإكلينكيين (Clay,1998) . وما يزال الانخراط في برامج الخدمة الاجتماعية في زيادة مستمرة ، حيث يُتوقع أن ترتفع نسبة أخصائيي الخدمة الاجتماعية أكثر فأكثر (Clay,1998) .

أخصائي علم النفس المدرسي School Psychologists

يعمل أخصائي علم النفس المدرسي مع المعلمين وغيرهم لتعزيز النمو العقلي والاجتماعي والانفعالي للأطفال في سن المدرسة . ولتحقيق هذا الهدف ، قد يشارك في تقديم المساعدة على تخطيط البيئة التعليمية ؛ فيقوم مثلاً بإعداد البرامج المختلفة لمساعدة الأطفال ذوي الاحتياجات العقلية أو الاجتماعية أو الانفعالية الخاصة . وعادةً ما يقوم بتقييم مثل هؤلاء الأطفال ، ويضع توصياته حول البرامج الخاصة ، أو المعالجات اللازمة ، أو تغيير الصف إذا ما دعت الحاجة لذلك . كما أنه يقدم المشورة للمدرسين والإداريين حول السياسات التي تتبعها المدرسة وإدارة الصفوف . وتتراوح أماكن عمل أخصائيي علم النفس المدرسي من المدارس والحضانات ومراكز العناية الصحية ، إلى المستشفيات والعيادات ، وحتى مؤسسات الأحداث ، بينما القليل منهم فقط يعمل في عيادات منفردة . وبالنسبة للتدريب ، فهناك أكثر من 50 برنامجاً معتمداً لدى الرابطة النفسية الأميركية ، والتي تمنح ما يقارب 100 درجة دكتوراة سنوياً في ميدان علم النفس المدرسي (Norcross, Sayette, & Mayne, 1998) .

أخصائي إعادة التأهيل Rehabilitation Psychologists

ويركز أخصائي إعادة التأهيل في أبحاثه وممارساته على الأفراد من ذوي الإعاقة الجسدية أو المعرفية ، حيث يكون العجز ناجماً عن عيب وُلِدَ أو إصابة أو مرض . ويقوم أخصائيو إعادة التأهيل هنا بمساعدة هؤلاء الأفراد على التكيف مع عجزهم ، ومع العوائق الجسدية والنفسية والاجتماعية والبيئية التي يواجهونها عادةً . وغالباً ما يتم توظيفهم في مؤسسات إعادة التأهيل أو المستشفيات .

أخصائي علم النفس الصحي Health Psychologists

يعتبر ميدان علم النفس الصحي من الميادين التي تطورت حديثاً ، وما يزال في نمو مطرد (Brannon & Feist, 2004) . ويعمل أخصائي علم النفس الصحي على تعزيز الصحة الجيدة والحفاظ عليها ، سواء على مستوى البحث أو الممارسة . كما أنه يشارك في مجال الوقاية من الأمراض

وعلاجها . وقد يقوم بإعداد البرامج المختلفة ودراساتها والإشراف على تنفيذها ، وذلك بهدف مساعدة الأشخاص على الإقلاع عن التدخين مثلاً ، أو إدارة الضغوط النفسية ، أو إنقاص الوزن ، أو الحفاظ على حالة جسدية لائقة . ولأن هذا المجال يعد من المجالات الحديثة نسبياً ، فإن أنباعه يأتون من خلفيات مختلفة ؛ بما فيها علم النفس الإكلينيكي ، والإرشاد النفسي ، وعلم النفس الاجتماعي ، وغيرها . ويتم توظيف العديد من أخصائيي علم النفس الصحي في المراكز الطبية ، إلا أنهم يعملون بشكل متزايد كمستشارين في مجال الإدارة والصناعة ، وفي كل مؤسسة تدرك أهمية المحافظة على صحة موظفيها أو منتسبيها . وكما سنرى في الفصل الثالث ، فمن المرجح أن يقوم هذا التخصص بالإفادة من التغيرات الكبيرة التي يشهدها مجال العناية الصحية . وسنناقش ميدان علم النفس الصحي بشكل أكثر تفصيلاً في الفصل السابع عشر .

أخصائي التمريض النفسي Psychiatric Nurses

في السنوات الأخيرة ، اتسعت الأدوار المنوطة بالتخصصات الأخرى في مجال الصحة النفسية الشخصية . وقد احتل التمريض الطبي النفسي دوراً مهماً منذ مدة طويلة . ونتيجة لاتصاله المباشر والوثيق بالمرضى ، فإن الممرض النفسي ليس قادراً على تقديم معلومات مهمة حول مدى تكيف المرضى في المستشفى فحسب ، بل بإمكانه أيضاً أن يلعب دوراً حاسماً وحساساً في توفير البيئة العلاجية الملائمة لهم . وبالعامل المتواصل مع الطبيب النفسي أو الأخصائي الإكلينيكي ، يتولى الممرضون (وكذلك المرافقون ومساعدو الممرضين والمتطوعون ، وغيرهم من الفئات الخاضعة للإشراف) مهمة تنفيذ التوصيات العلاجية .

مهنيون آخرون Others

تقوم معظم المستشفيات - التي تعمل بأسلوب الفريق الطبي المؤهل - بتوظيف أعداد من مختلف العاملين في مجال العلاج ، بما فيهم المعالجون المهنيون (Occupational therapists) والمختصون بالعلاج الترويحي (recreational therapists) والمعالجون بالفن (art therapists) وغيرهم . وبحكم تدريباتهم وخبراتهم المختلفة ، يمكن أن يلعب هؤلاء العاملون دوراً حيوياً مهماً ومكملاً لتعزيز الأنماط التكيفية للمرضى . ويمكنهم أن يقوموا بتعليم المرضى مهارات تساعد على التكيف مع مختلف المواقف والأماكن خارج المستشفى ، كما يمكنهم أن يساهموا في جعل الإقامة بالمستشفيات تجربة يمكن للمرضى تقبلها بشكل أكبر ، وتزويدهم ببعض المنافذ التي تزيد من القيمة العلاجية لهذه المؤسسات . وسواء أكان دورهم مساعدة المرضى على التواصل مع مشاعرهم عن طريق الفن أو الموسيقى أو العناية بالحدائق أو الرقص ، أم تطوير مهارات المريض الشخصية والاجتماعية ، فإن إسهام مثل هؤلاء المستخدمين أصبح ضرورة لا غنى عنها .

أما الأفراد المدربون على مساعدة العاملين المختصين في الصحة النفسية فيسمون بـ "أشباه المختصين" (paraprofessionals)، وقد اتسع دور هؤلاء بصورة كبيرة في السنوات الأخيرة . وبتوفير دورات تدريبية قصيرة للمتطوعين ، يصبح دورهم من أكثر الأدوار وضوحاً في مراكز الأزمات (crisis centers) (سواء بالحديث المباشر أو عبر الهاتف) . ولقد أصبحت بعض النشاطات التي يقوم بها أشباه المهنيين ممارسات مقبولة في ميدان الصحة النفسية ، إذ بينت الأبحاث -وبصورة قوية- أن جهود هؤلاء يمكنها أن تتمم عمل المختصين بصورة فعالة (Christensen&Jacobson,1994) . وسنناقش هذه المسألة بالتفصيل في الفصل السادس عشر .

والآن وبعد أن استعرضنا باختصار بعضاً من المهن المساعدة المتنوعة ، فلنعد إلى عمل الأخصائي الإكلينيكي .

الأخصائي النفسي الإكلينيكي *The Clinical Psychologist*

إن محاولة تعريف علم النفس الإكلينيكي من خلال المشكلات التي يتعامل معها الأخصائيون الإكلينيكيون فهي محاولة يائسة . إذ تتسع هذه المشكلات من حيث النوع والعدد بصورة مذهلة : فالإكتئاب ، والقلق ، والذهان ، واضطرابات الشخصية ، والتخلف العقلي ، والإدمان ، وصعوبات التعلم ، وجنوح الأحداث ، والمشكلات المهنية ، والصعوبات الجنسية ؛ كلها ليست سوى أمثلة بسيطة على مثل هذه المشكلات . هذا عدا عن أولئك الأشخاص الذين يبحثون عن العلاج النفسي للتوصل إلى فهم أفضل لأنفسهم ، وليس لأنهم يعانون من أعراض نفسية أو اضطرابات راهنة .

وبدلاً من تعريف علم النفس الإكلينيكي من خلال المشكلات أو المسائل التي يُطلب من الأخصائيين الإكلينيكيين التعامل معها ، فسنحاول أن نرسم صورةً لهذا الميدان من خلال استعراض النشاطات التي يقوم بها علماء النفس الإكلينيكيون .

نشاطات الأخصائي الإكلينيكي *Activities of Clinical Psychologists*

تأتي معظم معلوماتنا حول النشاطات الإكلينيكية من سلسلة دراسات أُجريت ما بين عامي 1973 و1995 . وقد تضمنت كل واحدة من هذه الدراسات عينة عشوائية من الأخصائيين المنتسبين لشعبة علم النفس الإكلينيكي (الشعبة 12) التابعة للرابطة النفسية الأمريكية (APA) . حيث قام جارفيلد وكورتز (Garfield&Kurtz, 1976) بفحص أكثر من 800 استبانة تم جمعها عام 1973 ؛ بينما قام نوركروس وبروكاسكا (Norcross&Prochaska, 1982) بدراسة حوالي 500 استبانة تم جمعها عام 1981 ؛ كما قام نوركروس وبروكاسكا وجالافر (Norcross,

Prochaska & Gallagher, 1989b) بتحليل 579 استبانة جمعت عام 1986؛ وقام نوركروس وكارس وبروكاسكا (Norcross, Karg, & Prochaska, 1997a, 1997b) بجمع استبانات من 546 أخصائي إكلينيكي في العام 1994-1995؛ وأخيراً، قام نوركروس وزملاؤه (Norcross et al., 2004) باستطلاع آراء 694 أخصائي إكلينيكي عام 2003. ويبين الجدولان 1-1 و 2-1 نتائج هذه الاستفتاءات الخمسة.

يتضح من الجدول 1-1 أن العلاج النفسي بمختلف أنواعه هو النشاط الأكثر شيوعاً لدى الأخصائيين الإكلينكيين، وهو الذي يشغل معظم وقتهم في جميع الاستفتاءات منذ 1973 وحتى 2003. ويستمر التشخيص والتقييم بوصفهما نشاطين أساسيين بدورهما. كما تزايد نشاط البحث العلمي عبر السنين (ليشغل حوالي 14% من نشاطات المستجيبين عام 2003)، الأمر الذي يُعد مفاجئاً إلى حد ما؛ نظراً إلى حقيقة أن 39% من عينة عام 2003 كانوا متفرغين للعمل في العيادات الخاصة. ومن المهم ملاحظة أن هناك من الأخصائيين الإكلينكيين من لا ينشرون ورقة بحث واحدة، وأن ما نسبته 40-50% مما ينشر من أبحاث هي نتاج 10-15% من الأخصائيين الإكلينكيين (Norcross et al., 1989b, 1997b). ويبقى أن التدريس يستمر في كونه نشاطاً شائعاً نسبياً لدى الأخصائيين الإكلينكيين. أما بالنسبة للإدارة، فلسوء الحظ، ظل الوقت المكرس لها ثابتاً بصورة دالة، مما يعكس البيروقراطية السائدة في المجتمع الحديث. لنلقِ الآن نظرة فاحصة على النشاطات السبعة الواردة في الجدول 1-1.

الجدول 1-1 النشاطات الإكلينيكية

| النشاط | نسبة المنخرطين به | | متوسط النسبة للزمن المستغرق فيه | | | | |
|--------------------|-------------------|------|---------------------------------|------|------|------|------|
| | 2003 | 1995 | 1986 | 1981 | 1973 | 2003 | 1995 |
| العلاج النفسي | 80 | 84 | 35 | 35 | 31 | 43 | 37 |
| التشخيص/التقييم | 64 | 74 | 16 | 13 | 10 | 15 | 15 |
| التدريس | 49 | 50 | 14 | 12 | 14 | 10 | 9 |
| الإشراف الإكلينيكي | 50 | 62 | 11 | 8 | 8 | 6 | 7 |
| البحث/الكتابة | 51 | 47 | 15 | 8 | 7 | 6 | 10 |
| تقديم الاستشارات | 47 | 54 | 11 | 7 | *5 | 7 | 7 |
| الإدارة | 53 | 52 | 16 | 13 | 13 | 13 | 11 |

* النسبة التي توصل إليها جارفيلد وكورتز هي "الاستشارات المجتمعية".

المصدر: مقتبس من مادة تحت المراجعة للطبع بعنوان "علماء النفس الإكلينيكيون في بدايات الألفية الثالثة: دراسة وطنية" لكل من نوركروس وكاربياك وسانتورو (Norcross, Karpiak, & Santoro 2004).
(A National Study, Manuscript under review Clinical Psychologists in the 2000s).

يتضح من الجدول 1-1 أن العلاج النفسي هو النشاط الذي يستغرق معظم جهد الأخصائي الإكلينيكي ووقته . والعلاج -وفقاً للصورة النمطية الشائعة لدى الأشخاص العاديين- موقفٌ يستلقي فيه العميل على أريكة ، بينما يجلس المعالج الملتحي الغامض وراءه بحاجبيه المقطبين ، حاملاً دفتر ملاحظاته! لكنّ العلاج يأتي في الواقع بعدة أشكال وأحجام . فغالباً ما يجلس المريض إلى المعالج وجهاً لوجه ، وقلةً من المعالجين فقط ما يزالون يستعملون الأريكة . والعلاقة العلاجية في معظم الأحيان هي علاقة فرد لفرد ، مع أن أشكال العلاج الزوجي والأسري والجمعي أصبحت شائعة أيضاً . حيث يمكن لمجموعة من ستة أو ثمانية أفراد من المدمنين على الكحول مثلاً أن يلتقوا معاً بمعالج نفسي ، في محاولة لحل مشكلاتهم . كما لا يفوتنا أيضاً أن نشير إلى أن نسبة لا بأس بها من المعالجين النفسيين هي من النساء لا الرجال .

وفي بعض الحالات ، قد يتضمن العلاج النفسي بشكل أساسي السعي للوصول بالفرد إلى الاستبصار بجذور مشكلاته أو بالأهداف التي يحققها من سلوكه غير المرغوب . أما في حالات أخرى ، فيتضمن العلاج بشكل أساسي قيام علاقة بين العميل والمعالج في محاولة لخلق جو من الثقة ، مما يساعد على الانفتاح على تلك الدفاعات التي تُضعف العميل . وهناك العلاج المعرفي- السلوكي أيضاً ، الذي يتعلم فيه العميل طرقاً جديدة في التفكير والسلوك ، مما يجعله أكثر رضا . فأهداف العلاج قد تكون أحياناً شاملة وتتضمن تغييرات أساسية في السلوك ، وفي أحيان أخرى قد لا يتطلب الأمر سوى بعض المساعدة في التخلص من خوف مزعج ، يمنع المريض من تحقيق أهداف معينة في حياته . وعليه ، نجد أن هناك أبعاداً مختلفة ، تتباين أنواع العلاج النفسي وفقاً لها .

التشخيص/التقييم Diagnosis/Assessment

إن جميع الأخصائيين الإكلينيكين الذين يمارسون العلاج النفسي يقومون بالتقييم على نحو أو آخر ، ولنأخذ الحالات التالية على سبيل المثال :

■ الطفل الذي يرسم في الصف الرابع قد يتم إخضاعه إلى اختبار للذكاء ، لمعرفة قدراته العقلية .

■ العميل الذي يشعر بالاكئاب وعدم الرغبة في الحياة ، قد يخضع لاختبارات الشخصية من أجل إلقاء الضوء على العوامل المرتبطة بحالة الاكتئاب لديه .

■ بعد التسليم بحاجة العميل إلى العلاج النفسي ، يبرز السؤال التالي : أي أنواع العلاج ملائمٌ بالنسبة له؟

■ الأب الذي يُنهم بالإساءة إلى طفله ، قد تُجرى له المقابلات وتطبق عليه الاختبارات ، وذلك لمعرفة ما إذا كان يعاني من اضطراب نفسي يؤثر على أحكامه وعلى مدى تحكمه باندفاعاته .

كل هذه الحالات يجمع بينها قاسم مشترك واحد ، هو الوصول إلى فهم أفضل وأشمل للفرد ؛ فهمٌ يضمن سلامة قراراتنا وأحكامنا ، واختيارنا للسلوكات والأهداف التكيفية البديلة . والتقييم -سواء بالملاحظة أو الاختبار أو المقابلة- هو شكل من أشكال جمع المعلومات ، يتيح لنا الإجابة عن سؤال مهم أو حل مشكلة ما . إن مثل هذه الأسئلة أو المشكلات هي في الواقع -كما تبين الأمثلة السابقة- أسئلة لا حصر لها . ولطالما كان التقييم جزءاً حاسماً من الدور المنوط بالأخصائي الإكلينيكي ، فعلى مدى السنين ، كان التقييم -وخاصة استخدام الاختبارات- عنصراً أساسياً في تشكيل الهوية المهنية للأخصائيين الإكلينيكين .

التدريس Teaching

من الواضح أن الأخصائيين الإكلينيكين -المتفرغين منهم للعمل الأكاديمي أو غير المتفرغين- يكرسون جزءاً لا بأس به من وقتهم للتدريس . إذ تتضمن مسؤولياتهم بشكل أساسي تدريس الطلاب من مستوى الدراسات العليا ، فيقومون بتدريس مساقات مثل : علم الأمراض النفسية ، الاختبارات النفسية ، المقابلة ، التدخل العلاجي ، نظريات الشخصية ، علم النفس التجريبي ، وهكذا . وقد يقوم بعض الأخصائيين بتدريس مساقات على مستوى البكالوريوس ، مثل : مدخل إلى علم النفس ، الشخصية ، علم نفس الشواذ ، مدخل إلى علم النفس الإكلينيكي ، الاختبارات النفسية ، وغيرها من المساقات . وحتى الإكلينيكيون الذين يعملون في العيادات أو المستشفيات العامة بصورة رئيسية ، أو الذين يعملون في عياداتهم الخاصة ، فإنهم يقومون أحياناً بتدريس مساقات مسائية في كلية أو جامعة قريبة ، أو يعملون كمحاضرين غير متفرغين في أحد برامج الدراسات العليا .

وكثيراً من التدريس يتم بأسلوب المحاضرات وداخل القاعات الدراسية ، إلا أن هناك جزءاً لا بأس به من التدريس يتم على أساس فردي من خلال الإشراف . وقد يقوم الأخصائيون الإكلينيكيون بالتدريب أيضاً في المواقع الإكلينيكية من خلال صفوف غير رسمية ، أو من خلال توجيه العاملين في مجالات الصحة النفسية الأخرى ، كالممرضين أو المساعدين أو الأخصائيين الاجتماعيين أو المعالجين المهنيين ، أو غيرهم . وأحياناً قد يخرج الأخصائي الإكلينيكي إلى المجتمع المحلي ، ليقود ورشات عمل حول مواضيع مختلفة ، تكون موجهة لضباط الشرطة أو جماعات المتطوعين أو رجال الدين أو ضباط المراقبة ، أو غيرهم .

الإشراف الإكلينيكي في حقيقته شكلٌ من أشكال التدريس . فهو عادةً ما يتضمن أسلوب التدريس الفردي ، أو تدريس مجموعات صغيرة ، وغير ذلك من أشكال التدريس غير الرسمية . وعادةً ما يقضي الأخصائيون الإكلينيكيون جزءاً لا بأس به من وقتهم في الإشراف على الطلبة والمقيمين وغيرهم ، سواءً في الجامعة أو في المستشفى أو في الأماكن الإكلينيكية العامة . فالتمرس على مهارات العلاج المعقدة وأساليب التقييم يتطلب أكثر من مجرد قراءة كتاب أو مرجع ، فهو يتضمن أيضاً مقابلة العميل ومناقشة حالته مع مشرف خبير . وبشكل عام ، يتعلم الفرد هنا عن طريق العمل ، ولكن هذا التعلم يتم تحت شروط مضبوطة وأمنة ، في إطار علاقة المدرب بمشرفه . ويمكن القيام بمثل هذا الإشراف والتدريس "العملي" في الجامعات أو المستشفيات أو العيادات ، وفي برامج ما بعد الدكتوراة أيضاً .

البحث العلمي Research

لقد انبثق علم النفس الإكلينيكي من تقاليد البحث الأكاديمي ، ونتيجة لذلك تم تبني نموذج العالم-الممارس (scientist-practitioner) في إعداد برامج التدريب الإكلينيكية لأول مرة بعد الحرب العالمية الثانية . وهذا يعني أن جميع الإكلينيكيين مدربون بحيث يكونون ممارسين للمهنة وعلماء باحثين في الوقت نفسه ، وذلك بعكس العاملين في مجالات الصحة النفسية الأخرى ، كالطب النفسي أو العمل الاجتماعي . وبالرغم من أن هذا التركيز على البحث قد لا يحظى بالمكانة التي كان يتمتع بها سابقاً في بعض برامج التدريب ، إلا أن الحقيقة تبقى أن الأخصائيين الإكلينيكيين في وضع فريد من نوعه : فهم قادرون على تقييم أبحاث الآخرين ، إضافة إلى إجراء أبحاثهم الخاصة . وبفضل تدريبهم على البحث العلمي ، وخبرتهم الواسعة فيما يسبب الضيق والمعاناة ، ومعرفتهم بالعلاج والتقييم ، فإن الأخصائيين الإكلينيكيين لديهم من القدرات ما يمكنهم من استيعاب المعلومات الجديدة والإتيان بمثلها في آن واحد .

وتتنوع مجالات البحث التي يقوم بها الأخصائيون الإكلينيكيون ؛ إذ تتضمن أبحاثهم ودراساتهم مثلاً : البحث في أسباب الاضطرابات النفسية ، تطوير أدوات القياس والتحقق من مدى صدقها ، تقييم التقنيات العلاجية ، وهكذا . ولعل نظرة سريعة إلى محتوى عدد حديث من مجلة علم النفس الاستشاري والإكلينيكي - وهي واحدة من أهم المجلات المختصة بأبحاث الأخصائيين الإكلينيكيين - المبين في الشكل 1-1 ، يمكن أن تزودنا بصورة واضحة عن الموضوعات التي يمكن أن يطرقها الأخصائي الإكلينيكي .

August 2006

Volume 74, Number 4

Journal of Consulting and Clinical Psychology

www.apa.org/journals/ocp.html

Copyright © 2006 by the American Psychological Association

Child and Family Treatments

- 586 A Controlled Social Skills Training for Children With Fetal Alcohol Spectrum Disorders
Mary J. O'Connor, Fred Frickel, Blake Foley, Amy M. Schaeffer, Erko Carpenter, Elizabeth A. Langston, and Kacey Marquardt
- 589 Treatment-Related Changes in Observatively Measured Parenting Behavior in the Multimodal Treatment Study of Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder
Karen C. Wells, Terry C. Chi, Stephen P. Hinshaw, Jeffery N. Epstein, Linda P. Pfaber, Marie Nevo-Schwartz, Elizabeth B. Owens, J. Eugene Arnold, Howard B. Arikoff, C. Keith Conners, Gloria R. Elliott, Lawrence L. Greenhill, Lily Hechtman, Betty Hoza, Peter S. Jensen, John March, Jeffrey R. Newcorn, William E. Pelham, Joanne B. Severe, James Steingard, Kenneth V. Winters, and Timothy Wigot

Treatment of Depression and Anxiety

- 598 Randomized Trial of Behavioral Activation, Cognitive Therapy, and Antidepressant Medication in the Acute Treatment of Adults With Major Depression
Sara Davidson, Steven D. Hollon, Keith S. Dobson, Karen D. Schulberg, Robert J. Nemeroff, Michael B. Aunis, Beverly Gelkop, Joseph B. McElhinney, David K. Mustley, Jackie K. Golson, David C. Atkins, David L. Dunner, and Neil S. Jacobson
- 571 Patients' Expectations, the Alliance in Pharmacotherapy, and Treatment Outcomes in Bipolar Disorder
Brandon A. Gaudiano and Ivan W. Miller
- 577 Internet-Based Self-Help With Therapist Feedback and In Vivo Group Exposure for Social Phobia: A Randomized Controlled Trial
Cristina Anderson, Per Carlbring, Janine Holmström, Elisabeth Sparén, Tomas Fornberg, Elisabeth Nilsson Järfä, Monica Bohman, and Lisa Ekselius
- 581 Statistic Gains During Therapy of Social Phobia
Steven G. Hofmann, Stefan M. Schick, Alicia E. Meyer, David A. Moscovitch, and Michael Smith

Trauma

- 598 Anger, Hostility, and Posttraumatic Stress Disorder in Trauma-Exposed Adults: A Meta-Analysis
Ulrich Orth and Elias Vlachou
- 602 Longitudinal Analysis of the Relationship Between Symptoms and Quality of Life in Veterans Treated for Posttraumatic Stress Disorder
Paula P. Schnurr, Andrew F. Hines, Carole A. Larace, Miles McFall, and Madeline Uddo

Regular Articles

- 714 Passage Meditation Reduces Perceived Stress in Health Professionals: A Randomized, Controlled Trial
Dong Shuen, John Houtz, and Carl W. Thoresen
- 720 Childhood Sexual Abuse and Sexual Risk Behavior Among Men and Women Attending a Sexually Transmitted Disease Clinic
Theresa E. Sosa, Abraham P. Carey, Peter A. Venable, Patricia Carey Doniger, and Margaret A. Urban

(Contents continue)

ملاحظة : حقوق الطبع والنشر محفوظة للرابطة النفسية الأمريكية (APA) -2006- تمت إعادة الطباعة بعد أخذ الموافقة المسبقة من الرابطة .

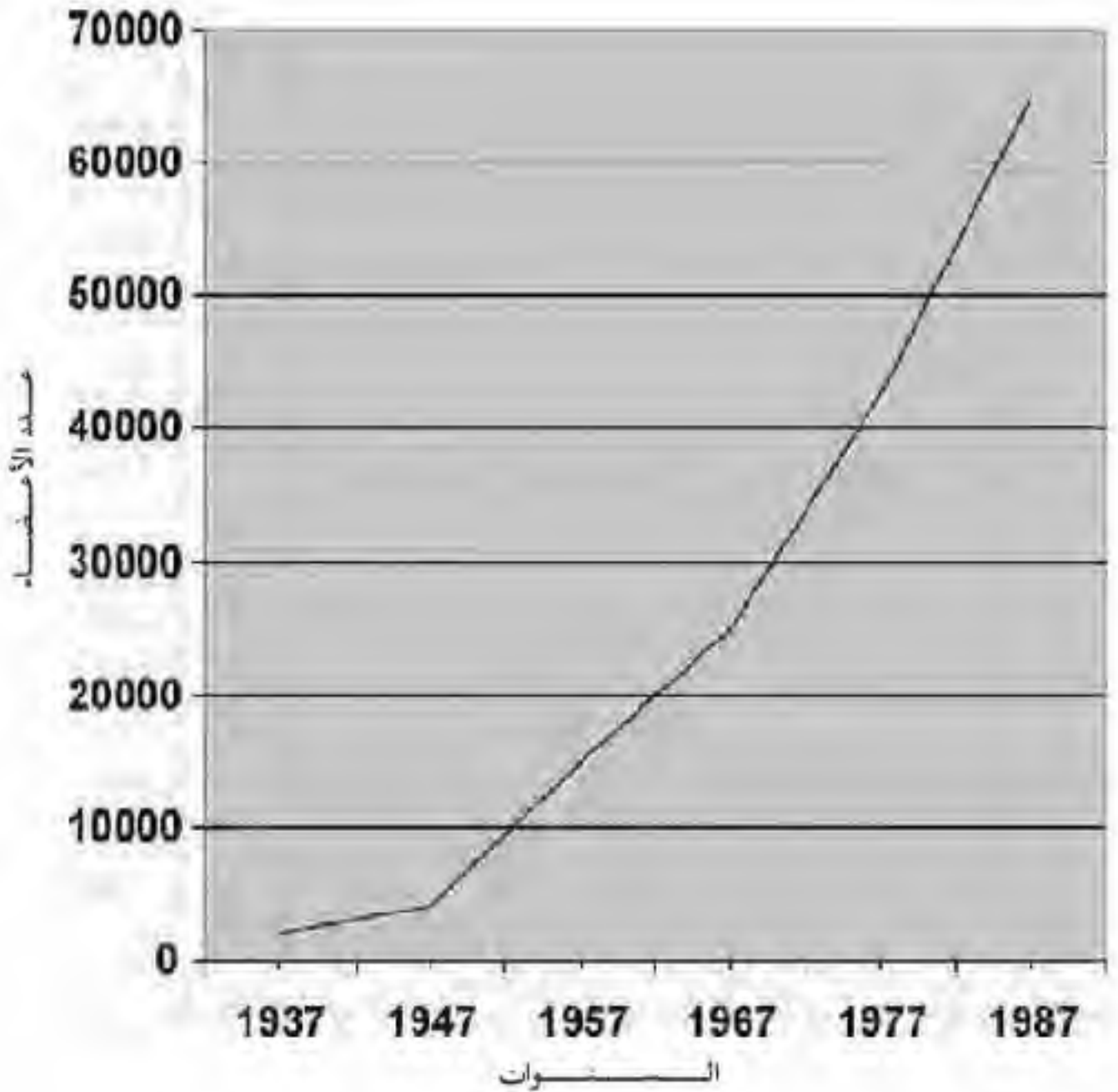
وتهدف الاستشارة - كما التدريس - إلى زيادة فعالية أولئك الأفراد الذين تتجه الجهود للوصول بهم إلى درجة من الخبرة والمهارة . وتأخذ الاستشارة أشكالاً لا حصر لها . فعلى سبيل المثال ، قد يقوم أحد زملاء الأخصائي الإكلينيكي باستشارته حول بعض الصعوبات التي يواجهها في علاج حالة ما ، ومثل هذه الاستشارة قد تكون لمرة واحدة (one-shot affair) ومع شخص واحد يحتاج إلى مساعدة تتعلق بحالة محددة . لكن في أحيان أخرى قد يتم تكليف الأخصائي الإكلينيكي بتقديم المساعدة لفريق عامل في مؤسسة ما بشكل دائم ؛ فقد يكون الأخصائي الإكلينيكي خبيراً في التعامل مع مشكلات الإدمان على المخدرات مثلاً ، ويعمله مع الفريق يمكنه المساهمة في زيادة فعالية المؤسسة بشكل عام . وقد تُقدّم الاستشارة لكل حالة على حدة ، أو قد يُطلب من الأخصائي مناقشة مشكلات عامة مرتبطة بالإدمان على المخدرات . إضافةً إلى ذلك ، فقد بدأنا نشهد زيادةً في لجوء أقسام الشرطة إلى الاستعانة بالأخصائيين الإكلينيكيين كمستشارين في التفاوض مع محتجزي الرهائن . كما نلاحظ تزايداً في عدد الأخصائيين الإكلينيكيين الذين يعملون كمستشارين للأطباء القائمين على تقديم خدمات الرعاية الأولية (Haley et al., 1998; Pace, Chaney, Mullins, & Olson, 1995) .

ويمكن أن تشمل الاستشارات مسائل تتعلق بالعمل أو العاملين أو الإدارة أو حتى زيادة الأرباح . كما ويمكن للاستشارة أن تتعامل مع أفراد أو مع مؤسسات بأكملها ، وقد تكون الاستشارة علاجية أحياناً ووقائية في أحيان أخرى . وبغض النظر عن مكانها أو هدفها ، تعدّ الاستشارة نشاطاً مهماً ورئيسياً للأخصائي الإكلينيكي في يومنا هذا . وسنتناولها بتفصيل أكثر في الفصل السادس عشر .

الإدارة Administration

لقد كان يُقال تندرأً وعلى سبيل المزاح ، إنه ليس هنالك من أخصائي إكلينيكي يمكنه أن يستمتع بعمل إداري إلا إذا كان مازوشياً أو وسواسياً قهرياً . وعلى الرغم من ذلك ، يقضي كل أخصائي إكلينيكي تقريباً بعض وقته في أداء أعمال أو مهام إدارية . فقد يقوم -على سبيل المثال- بحفظ سجلات العملاء ، وملء كل تلك التقارير المالية والإدارية كل شهر ، ومتابعة مشاريع الأبحاث مع اللجان المختلفة . كما أن عمل الأخصائي الإكلينيكي في المراكز أو المؤسسات العامة قد يتضمن العمل في لجان متعددة تتعلق بالموظفين أو الأبحاث أو حقوق المريض ، أو حتى في لجنة لاختيار الأفلام التي يشاهدها المرضى في أمسيات نهاية الأسبوع .

على أن الأخصائيين الإكلينيكيين الذين يتمتعون بالقدرة على الاحتمال والتفرغ للعمل في الإدارة لهم قلة قليلة ، وذلك لعدة أسباب . فقد يُرشح بعضهم من قبل زملائه لمهارته في مجال



الشكل 1-2 عدد أعضاء الرابطة النفسية الأمريكية (APA) منذ 1937 إلى 1987

ملاحظة : حقوق الطبع والنشر محفوظة للرابطة النفسية الأمريكية (1988) ،
تمت الترجمة وإعادة لطباعة بعد أخذ الإذن من الرابطة النفسية الأمريكية
والمؤلف ، والرابطة غير مسؤولة عن مدى دقة الترجمة لهذه المادة ، ويحتوي
المرجع التالي على المادة الأصلية التي تم أخذ هذه المادة منها :

(Adopted from... Report of the Executive Vice-president; 1987.

By L. D. Goodstein, American Psychologist, 1988, 43,
491-498).

العلاقات الإنسانية ، بينما قد يرغب بعضهم الآخر بتغيير عمله الذي مارسه لسنين طويلة ، أو لربما تراود غيرهم أوهام بأن الإدارة هي سبيله للوصول إلى القوة والثراء . على أية حال ، فالإداري الجيد هو الذي يحافظ على مؤسسته وعلى مستوى كفاءتها . ومن مواصفات المدير الجيد أيضاً أن يتسم بالحياسية تجاه احتياجات الأفراد العاملين في مؤسسته ومشكلاتهم ، وأن يصبر على ألمه ومعاناته أحياناً ، ومن المهم أيضاً أن يكون قادراً على التواصل مع أولئك الذين يشرف عليهم ، وعلى اختيار الشخص المناسب للمكان المناسب .

قد يكون من الصعب وضع قائمة بجميع الوظائف الإدارية التي يمكن للأخصائي الإكلينيكي أن يقوم بها ، إلا أننا سنسرد بعضاً منها : رئيس قسم علم النفس في جامعة ، مدير لعيادة قدامى الجيش ، نائب رئيس لمؤسسة استشارية ، مدير لبرنامج في التدريب الإكلينيكي ، مدير لعيادة إكلينيكية جامعية ، أخصائي أول أو أخصائي مشرف في مستشفى ، ومدير لمركز إقليمي للأزمات .

أماكن العمل Employment Sites

أين يعمل الأخصائي الإكلينيكي؟ لقد سبق وأشرنا إلى بعض البيانات المسحية التي يمكن أن تساعدنا في الإجابة عن هذا السؤال . فالجدول 1-2 يلخص نتائج استقصاء عام 1973 (Garfield & Kurtz, 1976) واستقصاءات الأعوام 1981 و 1986 و 1995 و 2003 (Norcross et al., 1997a; Norcross, Prochaska & Gallagher, 1989b; Norcross & Prochaska, 1982;) (Norcross et al., 2004) المتعلقة بأماكن العمل . حيث يبدو واضحاً أن العمل في العيادات الخاصة قد نما باطراد على مر السنين ، فأصبح الآن أكثر المجالات التي يعمل بها الأخصائيون الإكلينيكيون . يلي ذلك العمل في الجامعات ثم المعاهد الطبية ، والتي تبعد عنها بفارق كبير . وبالرغم من عدم ذكره في الجدول ، يُلاحظ من دراسة نوركروس ورفاقه (1997) أن 59٪ من الأخصائيين الإكلينيكيين المتفرغين للعمل في الجامعات يعملون أيضاً بدوام جزئي في العيادات الخاصة أو الإشراف . ونلاحظ من الجدولين 1-1 و 2-1 التباين الواضح في أماكن العمل والنشاطات ، كما تتضح أيضاً الزيادة في نسبة النشاطات من فئة "الأخرى" في الجدول 2-1 . وهذا التباين يتضح من خلال عرض للخلفية والنشاطات التي تقوم بها الأخصائية الإكلينيكية الافتراضية في الجزء التالي .

أسبوع من حياة الدكتورة كارين س . A Week in the Life of Dr Karen C

بدأت كارين س . دراستها الجامعية الأولى في الصحافة . على أية حال ، فبعد دراستها لمادة علم النفس العام ، قررت تحويل دراستها إلى علم النفس . وبعد إنهائها

للمتطلبات المعتادة للتخصص في علم النفس (مواد في علم النفس الفسيولوجي ، الإحصاء ، علم النفس المعرفي ، التاريخ والأنظمة ، الشخصية ، علم النفس الاجتماعي ... إلخ) ، تقدمت بطلبات إلى 11 برنامجاً للدراسات العليا ، ونظراً لمعدل علاماتها المرتفع ، ودرجاتها المرتفعة على امتحان القبول الجامعي (GRE) ، فقد قبلتها أربعة برامج . وقد اختارت جامعة في غرب الولايات المتحدة ، ثم أكملت متطلبات دراستها في مستشفى محلي .

وبعد خمس سنوات من التحاقها ببرنامج الدكتوراة ، حصلت كارين على درجتها العلمية ، وبدأت العمل كأخصائية نفسية في عيادة خارجية . وفيما يلي جدول لأسبوع عمل عادي من حياة الدكتورة كارين بعد أربع سنوات :

الاثنين، الأربعاء، الجمعة

8:00-9:00ص اجتماع الهيئة العاملة : وهذه الفترة مخصصة لعدد من النشاطات التي تضم مناقشة الحالات ، وسياسات المؤسسة ومشكلاتها ، وقضايا التأمين ، وغيرها من الأعمال الإدارية .

الجدول 1-2 أماكن عمل الأخصائيين الإكلينيكين

| مكان العمل | 1973 | 1981 | 1986 | 1995 | 2003 |
|-------------------------------|------|------|------|------|------|
| | % | % | % | % | % |
| مستشفيات الأمراض النفسية | 8 | 8 | 9 | 5 | 4 |
| المستشفيات العامة | 6 | 8 | 5 | 4 | 3 |
| العيادات الخارجية | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 |
| مراكز الصحة النفسية المجتمعية | 8 | 6 | 5 | 4 | 2 |
| المعاهد الطبية | 8 | 7 | 7 | 9 | 8 |
| العيادات الخاصة | 23 | 31 | 35 | 40 | 39 |
| الجامعات ، علم النفس | 22 | 17 | 17 | 15 | 18 |
| الجامعات ، أخرى | 7 | 5 | 4 | 4 | 4 |
| المراكز الطبية للجند القدامى | - | - | - | 3 | 3 |
| لا شيء | 1 | 1 | 4 | 1 | 0 |
| أخرى* | 1 | 12 | 10 | 11 | 15 |

• وتشمل المدارس المهنية ، مراكز تأهيل الأحداث ، مؤسسات الرعاية الصحية ، دور المسنين ، مراكز الأسرة والطفل ، مراكز إعادة التأهيل ، المدارس ، معاهد التحليل النفسي ، والمنظمات الصحية ، إلخ .
المصدر : مقتبس من مادة تحت المراجعة للطبع بعنوان "علماء النفس الإكلينيكيون في بدايات الألفية الثالثة : دراسة وطنية" لكل من نوركروس وكاربياك وسانتورو (Norcross, Karpiak, & Santoro 2004) .
(A National Study Manuscript under review Clinical Psychologists in the 2000s: .

9:00-10:00 ص العلاج النفسي : والحالة التي تعالجها حالياً هي امرأة في الثامنة والأربعين من عمرها ، طُلِّقت حديثاً وتعاني من درجة متوسطة من الاكتئاب ، وهي تبدي تحسناً تدريجياً ملحوظاً ، وقد استُبعد احتمال إدخالها إلى مستشفى . وتستخدم الدكتورة كارين ما يُسمى بالعلاج النفسي الانتقائي ؛ ذي الطابع السيكوندينامي بشكل عام .

10:00-10:30 ص العلاج النفسي : المريض هو سام ف . ، في التاسعة عشرة من عمره ، يتضمن تاريخه الاعتقال بسبب السرقة من المحلات ، والهروب من المدرسة ، والشكر العلني . قدراته العقلية محدودة ، وتاريخه التعليمي ضعيف جداً . والعلاج المستخدم يمكن وصفه بالسلوكي ، إذ يركز على تدريب سام على المهارات الاجتماعية ، والتقليل من احتمالية حدوث سلوكاته غير التكيفية .

10:30 ص-12:00 م هذه الفترة مخصصة لإجراء الاختبارات النفسية على مرضى الدكتورة س . (وعلى مرضى لدى معالجين آخرين) . حيث تُستخدم عادةً اختبارات الذكاء والاختبارات الإسقاطية واختبارات التقرير الذاتي . وأحياناً يتم القيام بالتقييم النفسي العصبي .

1:00-2:00 م الإشراف الإكلينيكي : حيث تبعث الجامعة المحلية ببعض المتدربين إلى المؤسسة التي تعمل فيها الدكتورة س . ، وهذه الفترة مخصصة للإشراف على جهودهم العلاجية والتشخيصية . ويتضمن هذا أيضاً الإشراف على أخصائيين نفسيين وظفتهم المؤسسة من مستوى الماجستير .

2:00-3:00 م العلاج النفسي : بوب س . ، طالب جامعي ، ويمكن أن تسمى الصعوبة التي يواجهها بالاغتراب . وقد حاولت الدكتورة س . استخدام عدة تقنيات علاجية ، إلا أن أياً منها لم يفد بوب . وبالرغم من أن الطالب استطاع التأقلم مع جو المحاضرات بشكل عام ، إلا أن احتمال إدخاله للمستشفى ما يزال وارداً .

3:00-4:30 م العلاج النفسي الجماعي : وهذه الفترة مخصصة لعلاج مجموعة من المدمنين على الكحول ، وهم من خلفيات متعددة . والنحى العلاجي المستخدم هنا بشكل عام هو العلاج الداعم .

4:30-5:00 م وهذا الوقت مخصص عادةً لكتابة التقارير ، وإنجاز بعض المهام الإدارية ، ونحو ذلك من أعمال .

الثلاثاء، الخميس

8:00-10:00 ص تشارك الدكتورة س. في مشروع بحث لتحديد ما إذا كان بالإمكان استخدام استجابات معينة على اختبار ما (مثل اختبار الشخصية متعدد الأوجه) للتنبؤ بمدى الاستجابة لأنواع مختلفة من العلاج النفسي. وتستعين الدكتورة س. بحالات من المؤسسة التي تعمل فيها، إضافة إلى حالات من أربع مؤسسات وعيادات محلية أخرى.

10:00 ص-12:00 م تطبيق اختبارات نفسية.

1:00-3:00 م تعمل الدكتورة س. مستشارة للمدارس المحلية، إذ تقدم خدماتها لأربع مدارس، حيث تلتقي المدرسين لتناقش كيفية تعاملهم مع بعض الأطفال الذين يواجهون صعوبات مختلفة، كما تقدم مشورتها للأخصائي النفسي المدرسي.

3:00-5:00 م تقدم الدكتورة س. النصيحة لمؤسسة محلية لرعاية المتخلفين عقلياً حول وضع برنامج سلوكي يعتمد على نظام الفيشات (token)، والهدف هنا هو الارتقاء بعادات الاعتناء بالذات لدى مجموعة من الأطفال والشباب ذوي الإعاقات المتوسطة في المؤسسة. ومن المؤمل أن تتم الاستفادة من هذا المشروع كنموذج أولي تتبناه المؤسسة.

7:00-8:30 م وعلى مدى أسبعتين في الأسبوع، تقوم الدكتورة س. بتدريس مساق في علم نفس الشواذ في جامعة محلية. وهي مادة معتمدة تُدرس للطلبة المتفرغين أو غير المتفرغين.

السبت

9:00 ص-1:00 م تقوم الدكتورة س. بمقابلة عدد من المرضى، والذين يعانون من مشكلات متنوعة (كالإكتئاب والقلق) في عيادتها الخاصة. وعادةً ما تتم إحالة هؤلاء المرضى من قبل أطباء محليين ومهنيين آخرين يعرفون مدى تميز الدكتورة س. وسمعتها الحسنة. كما تقوم الدكتورة س. في هذه الفترة بإجراء بعض الاختبارات التشخيصية بناءً على ما تستقبله من إحالات.

ويعكس الدكتور س.، فالأخصائي الإكلينيكي الذي يدرس في الجامعة قد يكون جدولته مختلفاً تماماً. ويبين الجدول 1-3 مثلاً على يوم في حياة أستاذ مساعد.

بعض الملاحظات الديموغرافية Some Demographic Notes

أما فيما يتعلق بالخلفية الديموغرافية للأخصائيين الإكلينيكين، ومن خلال استفتاء أجراه نوركروس ورفاقه (Norcross et al., 2004) لـ 694 أخصائياً إكلينيكياً تم اختيارهم عشوائياً من الشعبة 12 (علم النفس الإكلينيكي) التابعة للرابطة النفسية الأميركية، لوحظ أن 37٪ منهم كن من

الجدول 1-3 يوم أربعاء من الحياة الجامعية للأستاذ ل.

| | |
|---|-----------------|
| تدقيق اختصار لطلاب شعبة مادة "مدخل إلى علم النفس الإكلينيكي". | 8:30-9:00 ص |
| اجتماع للإشراف على أبحاث طالبين في برنامج الدراسات العليا. | 9:00-10:00 ص |
| تدريس: الإشراف على التدريب العملي. | 10:00-11:30 ص |
| تمارين الركض. | 11:30 ص-12:30 م |
| غداء خفيف في المكتب (وقراءة بعض المقالات من مجلات دورية). | 12:30-1:00 م |
| ساعة مكتبية لطلبة البكالوريوس. | 1:00-2:00 م |
| تفقد البريد والبريد الإلكتروني. | 2:00-2:30 م |
| حضور اجتماع للجنة الجامعية حول استخدام الحاسوب. | 2:30-4:00 م |
| العمل على مراجعة نصوص أبحاث قدمت للنشر في مجلة دورية. | 4:00-5:00 م |
| تدريس: حلقة بحث في المعالجات النفسية المدعمة تجريبياً. | 7:00-9:00 م |
| استراحة واسترخاء. | 9:30-11:00 م |

النساء ، وأن 7٪ فقط كانوا من الأقليات العرقية . وبالرغم من أن هذه الأرقام تبدو متدنية ، إلا أنها تقارب تلك الأرقام التي نشرها مكتب البحث الديموغرافي والتوظيفي والتعليمي (Office of Demographic, Employment, and Educational Research (ODEER) التابع للرابطة النفسية الأميركية ، مما يدل على أن عينة نوركروس ورفاقه كانت ممثلة بالفعل لأعضاء الشعبة 12 .

أما بالنسبة للتوجه النظري (theoretical orientation) ، فقد وصف 29٪ من العينة أنفسهم على أنهم انتقائيون/شموليون ، و28٪ منهم على أنهم معرفيون ، و15٪ سيكوديناميون ، و10٪ سلوكيون . ويبين لنا الجدول 1-4 التوجهات النظرية للأخصائيين الإكلينكيين في استفتاء نوركروس وزملائه (2004) ، والاستفتاءات الخمسة الأخرى التي سبقته ابتداءً من عام 1960 . حيث نلاحظ أن نسبة الإكلينكيين الملتزمين بالتوجه السيكودينامي قد تناقصت مع مر السنين ، بينما ازدادت نسبة الذين انضموا إلى التوجه المعرفي بشكل ملحوظ . أما التوجه الانتقائي ، فقد حافظ على قوته لبعض الوقت .

وأخيراً ، ومع أن هذا ليس بالأمر الديموغرافي ، إلا أنه من المطمئن بالفعل ملاحظة أن 12٪ فقط من جميع أفراد عينة الإكلينكيين أظهروا عدم رضاهم عن اختيارهم للعمل في مجال علم النفس الإكلينيكي (Norcross et al., 2004) .

وبالرغم من أن علم النفس الإكلينيكي هو ميدان مكرس لتحسين الرفاء البشري ، إلا أنه انبثق بدايةً عن تقاليد البحث التي تركز على السعي إلى المعرفة . وتقاليد البحث هذه لا تعني بالضرورة أن ينخرط كل أخصائي إكلينيكي بشكل رئيسي في الأبحاث أو الدراسات العلمية ، وإنما يعني أن التدريب في مجال علم النفس الإكلينيكي الذي يشتمل على مساقات وخبرات في البحث والأساليب الإحصائية ، من شأنه أن يزود الإكلينيكين بمهارات متميزة تساعد على تكوين هويتهم المهنية وإبرازها . كما أن مثل هذا التدريب المنهجي يساعد على تطوير القدرة على التقييم وممارسة النقد ، مما يزيد من قدرة الأخصائي الإكلينيكي على التشخيص والعلاج والقيام بالأبحاث أيضاً .

الجدول 1-4 التوجهات النظرية للأخصائيين الإكلينيكين

| التوجه النظري | 1960 | 1960 | 1960 | 1960 | 1960 | 1960 |
|---------------|------|------|------|------|------|------|
| سلوكي | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 |
| معرفي | - | - | - | - | - | - |
| انتقائي/شمولي | 36 | 36 | 36 | 36 | 36 | 36 |
| إنساني* | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| بين-شخصي | - | - | - | - | - | - |
| سيكودينامي** | 35 | 35 | 35 | 35 | 35 | 35 |
| رواجري | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| سوليفباني | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 |
| الأنظمة | - | - | - | - | - | - |
| أخرى | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |

● وشمل الإنساني التوجه الوجودي والجشططي .
 ●● وشمل السيكودينامي كلا من التوجه التحليلي والسيكودينامي . كما أن الاستجابات على استقصاءات 1960 و 1973 تشمل المحللين النفسيين والفرويديين الجدد .
 المصدر : مقتبس من مادة تحت المراجعة للطبع بعنوان "علماء النفس الإكلينيكيون في الألفينيات : دراسة وطنية" لكل من نوركروس وكاربياك وسانتورو (Norcross, Karpiak, & Santoro 2004 Clinical Psychology: A National Study Manuscript under review 2000s; Psychologists in the

ولأن علم النفس الإكلينيكي يتعامل مع مشكلات الأفراد ، فغالباً ما يركز على الفروق الفردية بينهم بدلاً من الجوانب المشتركة . ولنأخذ المثال التالي : لنفترض بأن المؤلف بصدد إجراء تجربة حول أثر شعور الفرد بالسيطرة الشخصية (personal control) على سلوكه في حل المشكلات ، والهدف من ذلك هو تطوير مبادئ لتوضح كيف أن الإحساس بالسيطرة على النتائج يؤثر في القدرة على حل المشكلات . ولنفترض أيضاً أن المؤلف كان يخلق مستويات من الشعور بالسيطرة لدى المفحوصين من خلال التوجيه اللفظي ؛ فيخبر بعض المفحوصين أن لديه سيطرة عالية ، بينما يخبر بعضهم الآخر أن لديه القليل من السيطرة . فيجد في المجموعة نفسها تبايناً في استجابات الأفراد ، الأمر الذي يزيد من التباين داخل المجموعة الواحدة ، ويقلل من احتمال التوصل إلى نتائج دالة إحصائياً بين المجموعتين التجريبيتين . ونتيجة لذلك ، يقوم الباحث بدراسة الطرق التي يستطيع من خلالها استبعاد مثل هذا التباين . وفي بحثه عن المبادئ العامة للسلوك (أو ما يسمى بالمنحى الناموسي - nomothetic approach) ، لا يهتم الباحث النفسي بالفروق بين الأفراد بشكل عام ، بل يكون اهتمامه منصّباً على الفروق بين المجموعتين ، والناجمة عن التحكم بالمتغيرات أو المعالجة التجريبية . والهدف هو اشتقاق مبادئ عامة للسلوك من خلال ملاحظة الأفراد .

أما المنحى الإكلينيكي (ويُسمى بالمنحى الفردي idiographic approach) فيسعى لفهم الفروق الفردية . فلماذا يُعاني المريض "س" من القلق الشديد؟ ولماذا لا يستجيب المريض ص لتعزيزات معينة؟ ولربما يكون هذا التركيز على الفروق الفردية هو المسؤول عن استمرار الجدل القائم حول ما إذا كان علم النفس الإكلينيكي فناً أو علماً ؛ فهو بالنسبة للأخصائيين الإكلينيكين من ذوي التوجه الذاتي ، غالباً ما يكون فناً . وبعبارة أخرى ، هناك من الأخصائيين الإكلينيكين من يشعر أنه حين يعطي حكماً تشخيصياً أو يتخذ قراراً علاجياً ، فإنه يقوم بذلك معتمداً على مهارته وخبرته ، ووعيه الذاتي أو الحدسي . فكما أن أحداً لا يستطيع تعليم شخص ما كيفية رسم لوحة فنية رائعة ، فكذلك الأمر بالنسبة للإكلينيكي ؛ الذي لا يمكن تعليمه كيف يكون حساساً وذا نظرة ثاقبة في تفسير نتائج اختبار إسقاطي ، أو معاني حلم رواه المريض . من الممكن بالطبع تعليمه بعض العناصر الأولية للممارسة ، مثل تصحيح الاختبارات أو أساليب العلاج الأساسية . أما المستويات العليا من المهارات ، فمن الصعب تعليمها له .

أما الإكلينيكيون من ذوي الاتجاه التجريبي ، فلديهم توجه أكثر موضوعية ؛ إذ تكمن الإجابة من وجهة نظرهم في القيام بالمزيد من البحث ، وفي التطبيق الموضوعي لمبادئ سلوك الإنسان على كل حالة . فبينما يسعى الإكلينيكيون ذوو المنحى الفردي للإجابة عن مشكلة تشخيصية ما باللجوء

إلى حدسهم الخاص ، نجد الإكلينيكيين ذوي الاتجاه التجريبي يتجهون نحو أفضل الصيغ الإحصائية أو التنبؤات الرياضية .

ومن خلال البحث في المبادئ العامة ومحاولة تطويرها ، من المتوقع أن يتم التوصل إلى مستوى أعلى من الفهم لفئات معينة من المرضى . وفي الوقت نفسه ، وكما أن هنالك فروقاً فردية بين المرضى ، فهناك أيضاً فروق فردية بين الأخصائيين الإكلينيكيين ؛ إذ أن بعضهم أكثر ذكاءً أو خبرةً أو عملاً من غيره . وتطبيق المبادئ العامة على حالة فردية ليس أمراً سهلاً ، فاكشاف التشابه وسط الاختلافات صعبٌ كصعوبة اكتشاف التمييز والتفرد وسط التجانس . إضافةً إلى ذلك ، فإن اكتشاف الصلة ما بين نتائج بحث مخبري أو ميداني من جهة ، وشخص في معاناة من جهة أخرى ، تعتبر مهمةً صعبةً وتتطلب نوعاً من الحساسية والذكاء .

وفي النهاية ، فإن جدلية الفن-مقابل-العلم قد تكون أمراً لا جدوى منه . فعندما يتخذ الأخصائيون الإكلينيكيون قراراً أو يقومون بتنبؤ إكلينيكي ، يجدون أن من واجبهم الانتباه لتلك الأبحاث التجريبية المتعلقة بالموضوع قيد الاهتمام ، والرعي بما لديهم من تحيزات ثقافية والتغلب عليها ، واستخدام أساليب التقييم المعتمدة ، وربما عليهم أيضاً رفض القيام بأية تنبؤات أو اتخاذ أية قرارات طالما لم تتوافر لها مستويات كافية من الصدق والثبات (Garb, 1998) . ولعل هذه الطريقة تساعد في بناء الأحكام الإكلينيكية على أسس علمية دقيقة ونافعة . وهذا ما سنتحدث عنه بالتفصيل في الفصل العاشر .

التدريب: نحو هوية إكلينيكية

Training: Toward a Clinical Identity

لقد رسمت لنا الصفحات السابقة صورةً حول بعض نشاطات الأخصائيين الإكلينيكيين وانتماءاتهم وتوجهاتهم ، كما قدمت لنا نبذةً عن التقاليد العلمية ، وتطرقنا إلى جدلية الفن مقابل العلم في علم النفس الإكلينيكي . والآن ، فلننتقل إلى مناقشة خلفية الأخصائي الإكلينيكي ، والمهارات الخاصة التي تميزه عن غيره من أخصائيي الصحة النفسية . وبالطبع ، لا شيء من هذا يعد أمراً مسلماً به لا يقبل التغيير ؛ فهذا الميدان في تغير مستمر . وكما هي الحال ، هناك دائماً بعض أوجه عدم الاتفاق بين الإكلينيكيين حول كيفية تدريب الطلاب ، وحول الاتجاه الذي ينبغي على الميدان أن يسير فيه . على أية حال ، من المفيد أن نتذكر أن علم النفس الإكلينيكي ما هو إلا أحد الفروع التطبيقية لعلم النفس .

يُنهي الأخصائي الإكلينيكي عادةً درجته الجامعية الأولى في علم النفس (البكالوريوس) ، تليها خمس سنوات من الدراسة العليا التي تتطلب -إلى جانب الامتياز- تدريباً على التقسيم والبحث والتشخيص والمهارات العلاجية . وغالباً ما يتوّج هذا السعي بالحصول على درجة الدكتوراة (Ph. D., Doctor of Philosophy) من أحد أقسام علم النفس الجامعية . وفي بعض الأحيان تُمنح درجة الدكتوراة في علم النفس (Psy. D., Doctor of Psychology) ، إما من أحد أقسام علم النفس في جامعة ما ، أو من معهد تدريبي ليس تابعاً لأية جامعة . كما أن هنالك برامج تمنح درجة الماجستير بعد سنتين من الدراسة . وبسبب قوانين منح رخص مزاولة المهنة التي تحدد من يمكنه أن يعمل كأخصائي نفسي بشكل مستقل ، فإن قلة من خريجي برامج الماجستير فقط تستطيع الاستقلال مهنيّاً . والعديد منهم يأمل بالانتقال إلى برامج تمنح درجة الدكتوراة أو الدكتوراة في علم النفس فيما بعد ، وبالفعل ينجح بعضهم في ذلك . إن مثل هذا الأمر يحمل في طياته إشارة إلى أن الطلب على الأخصائيين الإكلينيكين الذين يحملون درجة الماجستير أقل من الطلب على حملة الدكتوراة ، كما أن أجورهم ورواتبهم أقل ، ويُنظر إليهم على أنهم أقل كفاءة . ومع هذا ، فإن عدد برامج الماجستير والدرجات الممنوحة على هذا المستوى في تزايد مستمر . فوفقاً لمكتب الأبحاث التابع للرابطة النفسية الأميركية ، كان عدد درجات الماجستير الممنوحة في عام 2000 مثلاً يفوق عدد درجات الدكتوراة بحوالي الثلاثة أضعاف (Research, <http://research of APA Office> pdf (apa.org/WPA2003

ولطالما كان تدريب حملة الماجستير في علم النفس الإكلينيكي أمراً مثيراً للجدل . إذ يدعي هؤلاء بأن الأبحاث تشير إلى أنهم بمستوى كفاءة حملة الدكتوراة ، لكن الرابطة النفسية الأميركية لا تقبل إلا درجة الدكتوراة كمؤهل للعمل في المهنة بشكل مستقل . ويؤكد رؤساء الرابطة بأن درجة الدكتوراة تعد مطلباً سابقاً لمسمى "الأخصائي الإكلينيكي" ، وبأنها ضرورية لأولئك الذين يريدون ممارسة علم النفس بشكل مستقل (Thomas, 2000-Lowe Hayes) . ومهما كان الأمر ، فإن الإكلينيكين الذين يحملون درجة الماجستير ، يعملون في عدد من الأماكن التي تقدم الخدمات النفسية . ومع تزايد تأثير أنظمة الرعاية الصحية ، فقد نشهد انتعاشاً على مستوى التدريب والتأهيل في برامج الماجستير في علم النفس الإكلينيكي (Sleek, 2000; Lowe Hayes Thomas, 1995) . وبشكل عام ، ينقاض حملة الماجستير أتعاباً أقل ، مما يجعلهم بديلاً جذاباً (بالنسبة لشركات التأمين الطبي) للإكلينيكين من حملة الدكتوراة . وسننظر باهتمام إلى ما يمكن أن تؤول إليه الجهود التي تبذل الآن من أجل وضع حملة الماجستير في مستوى مسمى "الأخصائيين الإكلينيكين" ، خاصة مع تزايد الضغوط الاقتصادية المتعلقة بذلك .

وبعد هذا العرض المختصر للتدريب في مجال علم النفس الإكلينيكي ، يمكننا أن نعلن النظر في متطلبات التدريب لبرامج الدكتوراة .

برامج التدريب الإكلينيكية Clinical Training Program

ما تزال الفلسفة السائدة اليوم في مجال التدريب في علم النفس الإكلينيكي تتبع نموذج العالم-الممارس (scientist-practitioner model) (Raimy, 1950) . وسيكون أمامنا مجال أوسع للحديث عن هذا النموذج في الفصل التالي ، بينما سنناقش النماذج البديلة في تدريب الأخصائيين الإكلينيكين في الفصل الثالث . أما الآن ، فمن المفيد إلقاء نظرة على نموذج العالم-الممارس .

لقد تم بناء برامج التدريب -التي ظهرت بعد الحرب العالمية الثانية- وفق مبدأ إمكانية الدمج ما بين دور العالم ودور الممارس ، حيث كان الهدف من ذلك هو إيجاد مهنة متميزة . ولقد تعرض هذا النموذج التدريبي مؤخراً للهجوم بحجة أنه غير واقعي ، ولا يستجيب لحاجات الطلبة الذين يكتفون بالممارسة الإكلينيكية . إلا أن معظم البرامج الإكلينيكية ما تزال تلتزم بهذا النموذج بدرجات متفاوتة . فهذا النموذج هو الذي يميز علم النفس الإكلينيكي عن غيره من المهن العاملة في ميدان الصحة النفسية .

مثال على برامج التدريب A Sample Program

كيف يمكن ترجمة نموذج العالم - الممارس إلى برنامج لتدريب الأخصائيين الإكلينيكين؟ يبين لنا الجدول 1-5 برنامجاً نموذجياً للدراسة .

وهناك عدة نقاط ينبغي توضيحها حول هذا الجدول . فهو أولاً ليس سوى مثال واحد ؛ إذ أن بعض البرامج تقلل من تركيزها على البحث ، بينما تركز أخرى على التقنيات الإكلينيكية . وبعض البرامج تكون محددة البناء ، بحيث يمكن للمرء أن ينهي سائر المتطلبات في 4 سنوات ، خاصة إذا توافرت له فرص الدراسة في الصيف . وفي برامج أخرى ، تكون سنة الامتياز الإكلينيكي هي السنة الرابعة قبل إتمام أطروحة الدكتوراة . وما تزال قلة من الجامعات تتطلب إتقان لغة ثانية ، إلا أن العديد منها الآن يسمح للطلبة بأخذ مواد بديلة في الإحصاء أو تقنيات الحاسوب . كما أن لكل جامعة "شخصيتها" ؛ فبعض البرامج تميل إلى الاتجاه المعرفي-السلوكي ، وتركز على تقنيات مثل العلاج المعرفي للاكتئاب ؛ بينما تحتفظ برامج أخرى بالطابع السيكوندينامي ، وتركز على الأساليب الإسقاطية . بعض البرامج تهتم بالأطفال ، بينما تركز أخرى على الراشدين . ومع كل هذا التنوع في البرامج الإكلينيكية ، تبقى هنالك الكثير من الجوانب المشتركة بينها . وعلى الطالب الذي يلتحق بمثل هذه البرامج أن يتقصى نواحي التركيز والاختلاف بينها ، وذلك لكي تكون اختياراته واعية ومدروسة .

ينبغي على طلبة علم النفس الإكلينيكي عادةً إتمام عدد من المساقات الأساسية ، مثل : الإحصاء وتصميم البحث ، الأسس البيولوجية للسلوك ، علم النفس الاجتماعي ، علم نفس النمو ، وعلم النفس المعرفي . ويختلف عند هذه المواد ومحتواها من برنامج لآخر . والهدف هنا هو أن يلم الطالب بأساسيات السلوك الإنساني أو الأساسيات التي تسمح له بالبحث في السلوك ؛ فهذه المساقات تزوده بأساس علمي قوي في التدريب الإكلينيكي ، وتبعث الحيوية في نموذج العالم - الممارس . كما توجد مساقات اختيارية متقدمة وحلقات بحث في المواضيع نفسها ، يمكن للطلاب اختيارها وفق اهتماماته .

كما يقوم طلبة علم النفس الإكلينيكي بالتسجيل في مساقات تدرس أسس الممارسة الإكلينيكية أو تتعامل مع المواضيع الإكلينيكية بمستوى متقدم . فعادةً ما تتوافر مساقات في علم الأمراض النفسية ، أو النظرية والبحث في العلاج النفسي ، أو مبادئ التدخل العلاجي المعرفي - السلوكي . هذا بالإضافة إلى حلقات بحث أخرى حول مواضيع مثل الفصام ، أساليب العلاج الأسري والجمعي ، علم النفس المجتمعي ، أو التقييم النفسي العصبي .

العمل الميداني Practicum Work

إن الكتب والمقررات التدريسية ضرورية وجيدة ، إلا أن التعلم بالممارسة لا غنى عنه أيضاً . وبالتالي ، فجميع البرامج تعمل على بناء المهارات الإكلينيكية للطلاب من خلال إخضاعهم للممارسة الإكلينيكية . وتعرف القواميس الممارسة (practicum) على أنها "العمل الذي يقوم به الطالب المتقدم ، بحيث يشمل التطبيق العملي للنظريات التي تمت دراستها سابقاً" . وفي كثير من الأحيان يجمع العمل الميداني ما بين المحتوى الأكاديمي والخبرة العملية ، وهو يتضمن عادةً : التقييم (الذكاء ، التقييم النفسي العصبي ، تقييم الشخصية ، إلخ) ، العلاج (المعالجات السيكوندينامية ، التدخلات العلاجية المعرفية - السلوكية) ، المقابلة ، وحتى أساليب تقديم المشورة إلى الإداريين في المدارس والمؤسسات الاجتماعية أو الصناعية . ومهما كان نوع الخبرة الإكلينيكية ومضمونها ، فهي وسيلة مهمة لاكتساب مهارات إكلينيكية معينة . ويتم الإشراف على العمل الإكلينيكي للطلاب من قبل أعضاء من الهيئة التدريسية في المعهد أو الجامعة ، أو من قبل إكلينيكين عاملين في المجتمع المحلي ، ومن ذوي المهارات الخاصة . ومعظم أقسام علم النفس ، التي لديها برامج تدريب إكلينيكية ، تدير عيادات إكلينيكية نفسية أيضاً . تقوم هذه العيادات على تقديم خدمات عديدة (مثل التقييم والعلاج والإرشاد) للطلبة الجامعيين وللعاملين في الجامعة وأسرهم ولأفراد المجتمع المحلي ، ويتم اختيار الحالات فيها وفقاً لقيمتها ودلالاتها التعليمية . وتتألف الهيئة العاملة في مثل هذه العيادة

من سكرتيرة متفرغة ، وأخصائي اجتماعي ، وأعضاء من الهيئة التدريسية من ذوي الاختصاص الإكلينيكي .

الجدول 1-5 مثال على برنامج دراسي للدكتوراة (وفق نموذج العالم-الممارس)

| | | | | | |
|---------|--------|---|---------|----------------|--|
| السنة 1 | الخريف | الإحصاء (تحليل التباين) أنظمة العلاج النفسي متطلب تخصص : علم النفس الاجتماعي مدخل إلى تحليل البيانات رسالة الماجستير | السنة 3 | الخريف | متطلب تخصص : في المجال المعرفي . متطلب اختياري : علم الأمراض النفسية التجريبي أطروحة للدكتوراة التدريب العملي الإكلينيكي |
| السنة 1 | الشتاء | الإحصاء (الاتحدان) القياس النفسي (بناء الاختبارات) التقييم (اختبار تقييم الأطفال أو الراشدين) مدخل إلى تحليل البيانات رسالة الماجستير | السنة 3 | الشتاء | الإحصاء (معادلة التغيرات الكامنة والنمذجة الأساسية) متطلب تخصص : في المجال النمائي أطروحة للدكتوراة التدريب العملي الإكلينيكي |
| السنة 2 | الخريف | التدريب العملي الإكلينيكي قضايا أخلاقية ومهنية علم الأمراض النفسية رسالة الماجستير | السنة 4 | الخريف | متطلب خارجي : الأنثروبولوجيا النفسية أطروحة للدكتوراة تاريخ علم النفس وأنظمته |
| السنة 2 | الشتاء | التدريب العملي الإكلينيكي متطلب تخصص : العلوم العصبية الوظيفية متطلب اختياري : العمليات الأسرية والجماعية رسالة الماجستير | السنة 4 | الشتاء | متطلب خارجي : العنف في الأسرة أطروحة للدكتوراة |
| | | التدريب العملي الإكلينيكي | السنة 5 | الخريف والشتاء | الامتياز الإكلينيكي |

ملاحظة : يُتوقع من الطلاب في السنة الثالثة (في الفصل الشئوي عادةً) أن يتموا امتحان التأهيل .

وينتطلب تطبيق نموذج العالم-الممارس من الطالب أن يطور مهاراته في البحث العلمي ، وذلك من خلال دراسة مساقات في الإحصاء وأساليب الحاسوب ومناهج البحث ، وكذلك من خلال المشاركة الفعالة في مشاريع البحث . وتتفاوت الجامعات من حيث مدى التزامها بنموذج العالم-الممارس في التدريب . وبالتالي هناك تباين بين الأقسام من حيث تركيزها على التدريب في مجال البحث ، ومن حيث الحوافز والمكافآت التي تقدمها للطلبة مقابل عملهم في الأبحاث . وعلى أية حال ، فإن معظم الأقسام تتطلب إتمام رسالة الماجستير (وعادةً ما يتم ذلك في نهاية السنة الثانية) ، كما تتطلب أطروحة دكتوراة (dissertation) تتضمن بحثاً علمياً أصيلاً (في نهاية السنة الرابعة أو الخامسة وفق متطلبات البرنامج) . وأطروحة الدكتوراة تعد صيغةً متقدمةً من رسالة الماجستير ، وهي مصممة بحيث تقدم معلومات جديدة ومهمة في المجال الإكلينيكي . ومعظم البرامج ما تزال تشدد على أن تكون أطروحة الدكتوراة بحثاً تجريبياً أو ارتباطياً .

وعادةً ما ترى البرامج التي تركز على الالتزام بالبحث ، أن خبرة البحث لا تقتصر على رسالة الماجستير أو أطروحة الدكتوراة . فقد نجد في أحد الأقسام مثلاً ، أن كل طالب في علم النفس الإكلينيكي عليه الانضمام إلى "فريق" بحث تابع لأحد أعضاء القسم . ويتكون الفريق من أربعة طلاب إلى ثمانية من مختلف سنوات البرنامج . ويلتقي هؤلاء لمدة ساعتين أو ثلاث أسبوعياً ، حيث تتم مناقشة موضوعات الأبحاث ، وكيفية تصميم مشاريع البحث ، وربما تُناقش أيضاً مشاريع رسائل الماجستير والدكتوراة . ويمكن للطلاب المتقدمين أن يرشدوا غيرهم من الطلبة ، وأن يكونوا نماذج تُحتذى بالنسبة لهم . وفي كل الأحوال ، فإن مثل هذه الاجتماعات وعمليات التفاعل النشط التي تتخللها ، يمكن أن تساهم في قطع شوط طويل نحو بناء اتجاه ملتزم بالبحث لدى الطلبة .

امتحان التأهيل The Qualifying Examination

تتطلب معظم البرامج الإكلينيكية من الدارسين أن يجتازوا امتحان التأهيل ، وهو ما يسمى أحياناً بالامتحان التمهيدي أو الشامل . ومهما كان مسماه ، فإن بعض الطلبة يصف هذا الامتحان بأنه أكثر الخبرات إثارة للقلق أثناء التدريب . وتعدد أشكال هذا الامتحان بتعدد الجامعات التي تتبناه . ففي بعض الجامعات ، يتم إجراء ثلاثة امتحانات كتابية على مدى أسبوع ، يستغرق كل منها أربع ساعات . بينما في جامعات أخرى ، يتم توزيع خمسة امتحانات على مدى الأسبوع ، في حين تتطلب جامعات أخرى امتحاناً شفهيّاً أيضاً . وفي بعض البرامج تغطي هذه الامتحانات جميع مجالات علم النفس ، بينما تقتصر في بعضها الآخر على علم النفس الإكلينيكي . وتلعب امتحانات التأهيل دوراً مهماً في التأكيد على الكفاءة العامة للطلاب . وعلى أية حال ، هنالك قلة

من البرامج التي تضع بدائل "مبتكرة" للامتحان ؛ كأن يتقدم الطلبة مثلاً بطلب الموافقة على إجراء بحث ما ، أو دمج عدد من المراجعات للأبحاث في مجال أو آخر من مجالات علم النفس الإكلينيكيال مهمة (مثل الأسباب المرضية للفصام) .

الامتياز The Internship

والامتياز جزء حيوي من أي برنامج تدريبي . وهو الجزء الختامي لكل خبرات الطالب السابقة في المساقات الإكلينيكية والممارسة العملية ، والتي تزوده بالخبرة اللازمة لتوطيد دوره كعالم-ممارس . والامتياز بشكل أو بآخر هو متطلب لجميع الطلبة في البرامج الإكلينيكية المعتمدة من قبل الرابطة النفسية الأميركية . وفي السنوات التي تلت الحرب العالمية الثانية ، كان الحصول على الامتياز يتم في السنة الثالثة من التدريب . أما الآن ، حيث يمتد العديد من البرامج إلى خمس سنوات ، فغالباً ما يأتي الامتياز في نهاية فترة تدريب الخريجين . وفي أحيان قليلة ، قد يحصل الطلبة على امتيازهم على مدى سنتين أثناء الدراسة . وعادةً ما يعمل طالب الامتياز في مراكز متخصصة خارج الجامعة . ولكن قد يقوم بعضهم بإتمام الامتياز في أماكن تابعة للجامعة ، مثل مراكز الإرشاد أو كليات الطب . وهناك أكثر من 450 موقعاً معتمداً من قبل الرابطة النفسية الأميركية لإتمام الامتياز ، وتُنشر سنوياً قائمة بهذه البرامج المعتمدة في عدد شهر كانون الأول من مجلة الأخصائي النفسي الأمريكي (American Psychologist) .

ولفترة الامتياز مميزات عديدة ؛ إذ تتيح للطالب فرصة العمل بدوام كامل في أحد المواقع المهنية ، وتمكّنه من صقل مهاراته السابقة ، وتعلّم مهارات جديدة من قبل أولئك الأكثر خبرةً منه . كما أن الحصول على خبرة في المواقع المهنية المختصة يعطي الطالب فكرةً واقعيةً حول متطلبات الحياة المهنية ، ويتيح له التعرف بأخصائيين إكلينكيين يحملون أفكاراً وتوجهاتٍ تختلف عن أفكار مدرّسيه من أعضاء هيئة التدريس . بالتالي ، يمكن لهذه الخبرة أن تساعد على توسيع أفق الطالب ، وكسر أية قيود فكرية يفرضها أساتذة القسم على توجهاته . كما أن الاختلاط بمختلف أنواع العملاء أيضاً يزيد من كفاءة الطالب ، ويساهم في إثارة أفكار جديدة عنده للبحث . وفي وضعه الأمثل ، يوفر الامتياز للطالب فرصةً لتوسيع أفقه المهني ودمج ما تمّ تعلّمه سابقاً في الجامعة بمتطلبات العالم المهني ، والذي يشكل عنصراً أساسياً لعالم يتكون من ثلاثة أبعاد : البعد الأكاديمي ، والبحث ، والخبرة .

قمنا في الجزء السابق بوصف التدريب في علم النفس الإكلينيكي ، ولكن السؤال الآن هو : كيف يمكن للمرء الالتحاق ببرامج الدراسات العليا ابتداءً؟ بالطبع ، لا توجد هناك إجابات شافية ، إلا أن الصفحات التالية قد تساعد في الإجابة عن بعض الأسئلة المتكررة حول الالتحاق ببرامج الدراسات العليا في علم النفس الإكلينيكي .

الخطوة الأولى: اعرف برامجك Step1: Know Your Programs

إن هدف برامج التدريب - إلى حد ما- هو تحدي ذكائك ، وفتح مجالات جديدة أمامك ، ومساعدتك على تحقيق طموحاتك . عليك أن تتحلى بالقدرة على تقبل الأفكار الجديدة ، وعلبك في الوقت نفسه أن تكون ملماً بالأفكار الأساسية للبرنامج قبل أن تتقدم بطلب الالتحاق به ؛ إذ أن بعض البرامج يكون ذا توجه سيكودينامي ، بينما يكون توجه بعضها الآخر معرفياً-سلوكياً أو حتى انتقائياً . وقد تركّز بعض البرامج على الأبحاث ، بينما تركّز أخرى على الممارسة . ويقدم الكتاب الإرشادي لنوركروس وزملائه (Norcross et al, 2002) -والمبني على استفتاء قاموا به- بعض المعلومات الجيدة حول الجوانب التي تركّز عليها مختلف البرامج في المجالات الإكلينيكية والبحثية .

وليس هناك مصدر واحد يزودك بكل ما تحتاج إلى معرفته حول برامج الدراسات العليا في علم النفس الإكلينيكي . ولكن يمكن القول إنه كلما اطلعت على عدد أكبر من المصادر ، زادت احتمالات أن تكون قراراتك مدروسة بشكل أفضل . وإليك بعض الاحتمالات الممكنة :

1 . تحدث مع الأساتذة في قسم علم النفس في الجامعة ، الإكلينيكين منهم خاصة . حيث يكون لديهم من المعلومات الرسمية والانطباعات الشخصية غير الرسمية ، ما يمكنك من غربة أفكارك الخاصة وتمحيصها .

2 . تقوم الرابطة النفسية الأميركية (APA) سنوياً بنشر قائمة ببرامج الدراسات العليا تحت ما يسمى بـ "الدراسات العليا في علم النفس" (Graduate Study in Psychology) ، وتحتوي على معلومات غنية حول كل معهد أو جامعة ، تشمل البرامج والدرجات العلمية الممنوحة ، والعناوين وإجراءات تقديم الطلبات ، وقيمة الرسوم الجامعية ، ومعلومات حول المساعدات المالية ، وحجم الهيئة التدريسية ، ومتطلبات الالتحاق ، ومتوسط العلامات في امتحانات قبول الطلبة الملتحقين بها في السنة السابقة ، وغيرها من الأمور . يمكنك التزود بنسخة منها من أقسام علم النفس ، أو يمكنك شراء نسخة من الرابطة .

3 . كثيراً ما تحتوي المكتبات الجامعية أو أقسام علم النفس على نسخ من دليل الطالب للجامعات المختلفة ، وهي مفيدة جداً في معرفة المساقات التي تُدرّس في كل جامعة ، وكذلك أسماء أعضاء هيئة التدريس . وبإمكانك أيضاً زيارة مواقع هذه البرامج على الإنترنت ، إذ أنها تحتوي على جميع المعلومات الموجودة في المنشورات ، كما تحتوي على معلومات إضافية أحياناً .

4 . وما أن تعرف من هم أعضاء هيئة التدريس في معهد أو جامعة ما ، يمكنك أن تلجأ إلى دليل أعضاء الرابطة النفسية الأميركية (APA Membership Directory) لتعرف المزيد عنهم وعن خلفياتهم واهتماماتهم العلمية . وعادةً ما يكون لدى أقسام علم النفس نسخة من هذا الدليل .

5 . كما أن هنالك طريقة أخرى شاقة ، إلا أنها مثيرة ؛ وهي الاطلاع على نسخ من المجلات والدوريات العلمية التي تنشر أبحاث الأخصائيين الإكلينكيين . وهذا يعطيك فكرة حول الناشطين في مجال البحث ، وأنواع البحوث التي يقومون بإجرائها ، والبرامج التي ينتمون إليها . وهذه الخطوة تُعتبر ضرورية لأولئك الذين يتقدمون بطلبات للبرامج الإكلينيكية التي تركز على البحث .

و حال انتهائك من المراجعة الأولية لهذه البرامج ، ربما ترغب بمراسلة عدد من المعاهد أو الجامعات من أجل المزيد من التفاصيل ، والحصول على نماذج للطلبات . وأفضل وقت للقيام بهذا الإجراء هو شهر أيلول من العام الذي يسبق العام الذي تنوي الالتحاق فيه بالجامعة . وبوجود هذه المعلومات بين يديك ، يمكنك أن تحصر قائمتك الخاصة بالمعاهد والجامعات المحتملة بالنسبة لك .

تمويل تعليمك في البرنامج Financing Your Education

ونظراً للضغوط الاقتصادية وتغير الأولويات ، أصبحت الأموال المخصصة من قبل الحكومة الفيدرالية أو حكومات الولايات لمساعدة الطلاب على إتمام تعليمهم شحيحةً إلى حد ما . والمعروف تاريخياً ، أن التمويل يتوافر من أربعة مصادر رئيسية :

1 . برامج القروض المقدمة من الحكومة الفيدرالية ، والتي تتيح للطلبة اقتراض المال بنسبة فوائد مخفضة تسدّد بعد الانتهاء من الدراسة . إلا أنه أصبح من الصعب على طلبة الدراسات العليا الحصول على هذه القروض ، بعد أن بدأت الحكومة الفيدرالية بالانسحاب من دعم التعليم العالي .

2 . المنح الدراسية المتاحة في عدد من البرامج . وهي هبات مالية تُمنح مباشرة للطلبة المتفوقين للمساعدة على تمويل تدريبهم . ومرة أخرى ، ومع استمرار التغيير في الأولويات ، أصبح من الصعب الحصول على هذه المنح مقارنة بما كان عليه الأمر في السابق . وتقوم البرامج نفسها عادةً بترشيح من ينالون هذه الهبات ، وهي التي تعرض عليهم قبولها .

3 . وهنالك نوع آخر من الدعم يأتي عادةً على شكل منحة مساعد البحث والتدريس . وعادةً ما يتم تمويل منح مساعدي البحث من خلال منحة الأبحاث التي ينالها أعضاء هيئة التدريس ، وتتطلب من الطالب أن يعمل على حساب مشاريع بحث محددة . أما منح مساعد التدريس فقد تتضمن واجبات متعددة ، من تصحيح أوراق الامتحانات أو إدارة جلسات المناقشات ، إلى التدريس الفعلي في فاعات التدريس . وعادةً ما تتطلب كل من المنحتين حوالي 20 ساعة من العمل أسبوعياً .

4 . يمكن أن تتوفر أحياناً منحة التدريب في علم النفس الإكلينيكي ، وذلك بالرغم من تقليصها في الآونة الأخيرة . وعادةً ما يتم تمويل هذه المنح من قبل الحكومة الفيدرالية ، التي تقدمها كمنح فورية للطلبة الواعدين .

من الواضح أن تمويل الفرد لدراسته العليا أصبح أكثر صعوبة عما كان عليه في السابق . فمن ناحية ، هناك عدد من الكليات التي تلجأ إلى تخفيض الرسوم الجامعية لمساعدتي البحث والتدريس ، أو إعفاء الطلبة الذين ينالون منحة من الرسوم الجامعية ؛ بينما ازداد التنافس على نيل مثل هذه المساعدات المالية من ناحية أخرى . لذا ، فمن الواضح بأن المعلومات المتعلقة بالمسائل المالية أصبحت جزءاً مهماً من الأمور التي تساعد الطالب على تحديد أو اختيار الجامعة التي يرغب بالالتحاق ببرنامجه لإتمام دراسته العليا .

مصادقة الرابطة النفسية الأميركية APA Accreditation

هناك لجنة مختصة بالتصديق تتبع الرابطة النفسية الأميركية (APA) ، تتولى الموافقة على تلك البرامج المطابقة لمعايير التدريب المهني المتخصص . ويتم عادةً نشر لائحة بالكليات والمعاهد المقبولة في شهر كانون الأول من كل عام في مجلة الأخصائي النفسي الأمريكي . وحالياً ، هنالك ما يزيد عن 200 مؤسسة مصادق عليها من قبل الرابطة ، تحتوي على برامج دراسية في علم النفس الإكلينيكي .

وتتباين الجامعات من حيث الموعد النهائي لتقديم الطلبات بين كلية لأخرى ، إلا أن معظمها يمتد من الأول من شهر كانون الثاني حتى 15 من شهر شباط . وعلى أية حال ، يُنصح الطلبة بالتأكد من الموعد ، فقد يكون الموعد النهائي لبرنامج ما هو نهاية شهر كانون الأول . وبالرغم من أن الموعد النهائي لتقديم الطلبات لبرامج الماجستير يكون شهر آب في بعض الأحيان ، إلا أنه من الأفضل عدم المجازفة ، وذلك لأن العديد من المعاهد والكليات تلتزم بمواعيدها بشكل صارم .

عدد الطلبات التي ينبغي تقديمها Number of Applications to Submit

لا يوجد عدد محدد من البرامج التي ينبغي على المرء تقديم الطلبات إليها . فقد يتقدم بعض الطلبة بطلبات إلى معاهد وكليات لا يتجاوز عددها أصابع اليد الواحدة ، ويتم قبولهم فيها ؛ بينما يتقدم آخرون بطلباتهم إلى عشرات البرامج ، ولا يقبلون في أي منها . إذن ، فمن الواضح أن المنافسة محتدمة على هذه البرامج ، بحيث وصلت إلى نقطة أصبحت فيها نسبة قبول الطلبات في برامج الدكتوراة في علم النفس الإكلينيكي أقل من نسب القبول في كليات الطب . ولم يعد غريباً أن نجد جامعة ما تتلقى 400 طلب للالتحاق بها ، بينما عدد الطلبات المقبولة لا يزيد عن عشرة .

ومن الأفضل عادةً تقديم الطلبات لأكثر عدد ممكن من المعاهد التي يستطيع الفرد دفع رسومها ، أو التي يمكنه أن يجد الوقت والجهد الكافيين لإعداد طلبات الالتحاق بها . وتصل رسوم تقديم الطلب في بعض المعاهد إلى 50 دولاراً ، بينما لا تتعدى هذه الرسوم 25 دولاراً في أغلب المعاهد ، وقلة منها فقط لا تتقاضى رسوماً على الإطلاق . هذا بالإضافة إلى وجود نفقات إضافية لعملية الالتحاق ، كتكلفة الكشفات الرسمية التي قد تصل إلى حوالي 10 دولارات أحياناً . لذا ينبغي التأكد من هذه الأمور منذ البداية تجنباً للمفاجآت .

وبالنظر إلى كل هذه الاعتبارات ، فمن الأفضل أن تقوم بترتيب الكليات والمعاهد التي تريد الالتحاق بها في قائمة . ثم قم باختيار عدد من الكليات من أعلى القائمة ، وعدد من وسط القائمة ، وعدد آخر من نهايتها ، وبالتالي لن تضطر لوضع البيض كله في سلة واحدة . وإلى حد ما ، فإن القبول يعد حدثاً من الصعب التنبؤ به ، وليس من الغريب أن يُرفض أحد الطلاب من قبل برنامج ذي سمعة متواضعة ، بينما يقبله برنامج آخر ذو سمعة جيدة . فلكل لجنة خياراتها وتعليماتها الخاصة . لذا فلا تفقد الأمل عندما تصل إليك أول رسالة رفض من أحد المعاهد أو إحدى الكليات .

الخطوة الثانية: متطلبات الالتحاق Step2: Applications Materials

هناك عدد من العناصر المهمة في عملية الالتحاق . والتي عادةً ما تشمل العناصر الواردة أدناه .

درجات الامتحان Test Scores

تتطلب جميع المعاهد أو الجامعات أن يرفق الطالب درجات امتحان ما ، وأكثر الامتحانات المطلوبة هو امتحان القبول الجامعي (GRE) ، بينما قد يُطلب امتحان ميلر القياسي (Miller Analogies Test (MAT) في بعض الأحيان . وعادةً ما تتوافر المعلومات حول هذه الامتحانات في مراكز الإرشاد الجامعية أو مراكز خدمات الطلاب ، وكذلك في أقسام علم النفس . ويمكن الحصول على معلومات إضافية بالكتابة إلى العناوين التالية :

GRE

Graduate Record Examinations

Educational Testing Service

P.O. Box 6000

Princeton, NJ 08541-6000

(انظر أيضاً) www.gre.org

MAT

Psychological Corp.

304 East 4th St.

New York, NY 10017

وعادةً ما يشمل امتحان القبول الجامعي (GRE) أسئلةً تقيس القدرات الكمية واللفظية ، إضافةً إلى مهارات الكتابة التحليلية . علاوةً على ذلك ، هناك اختباراً يتناول موضوعات علم النفس ، والذي قد تتطلبه بعض الكليات ولا تتطلبه أخرى . وتتوفر كذلك الصورة المحوسبة للامتحان (GRE) التي يعطى على مدار العام ، وذلك بالإضافة إلى الصورة التقليدية منه (الكتابية) (والتي أصبحت تُعطى بصورة أقل ، ويقتصر إجراؤها على أشهر تشرين الأول وأذار وحزيران) ، إلا أن الامتحان الكتابي بدأ يفقد دوره . ولأن تصحيح الامتحان وتسليم علاماته قد يستغرق حوالي ستة أسابيع ، فإن معظم الطلاب يختارون تقديم الامتحان في شهر تشرين الأول ، مما يتيح لهم الحصول على النتائج قبل المواعيد النهائية لتقديم طلبات الالتحاق ، وعلى أية حال ، فمن الممكن اختصار

هذه العملية . ويوصى الطالب بإكمال الامتحان (GRE) في فترة الربيع أو الصيف ، وذلك قبل الخريف الذي يريد تقديم الطلب فيه .

الكشوف الدراسية Transcripts

وتتطلب معظم المعاهد منك إرفاق كشوف دراسية مفصلة من كل مؤسسة تعليمية التحقت بها . وقد يحتوى طلب الالتحاق على بند يتعلق بمعدل علاماتك . ويتم إرسال الكشوف من قبل مكتب سجلات الطلبة في المؤسسة التي درست فيها إلى الكليات والمعاهد التي قمت بتقديم طلب الالتحاق لها ، وعادةً ما يتم تقاضي أتعاب مقابل هذه الخدمة .

هناك نقطة أخرى ينبغي أن تؤخذ بعين الاعتبار ، وهي أن بعض البرامج قد تطلب أو تفضل دراستك لمساقات معينة سابقاً ، فقد وجدت إحدى الدراسات الاستقصائية (Mayne, Norcross, and Sayette, 1994a) بأن ثلث برامج الدكتوراة المائة والثمانية المعتمدة لدى الرابطة النفسية الأمريكية (APA) تطلب أو توصي بالمساقات التالية : الإحصاء (94٪) ، الأساليب التجريبية/تصميم البحث (68٪) ، علم نفس الشواذ (51٪) ، علم النفس الفسيولوجي/علم النفس البيولوجي (33٪) . وعليك التأكد من أن كشوفاتك الدراسية تعكس توافر المتطلبات الدراسية لبرنامج الدكتوراة الذي تريد الالتحاق به .

رسائل التوصية Letters of Recommendation

وعادةً ما تُطلب ثلاث أو أربع رسائل توصية . وأفضل الأشخاص الذين يمكنك أن تطلب إليهم كتابة هذه الرسائل هم أولئك المطلعون على أدائك الأكاديمي ، وعلى خبرتك في مجال البحث . والرسائل التي يكتبها أصدقائك أو أقاربك مبينة مستوى أخلاقك ليست ذات جدوى (حتى لو كانت صادقة!) . وأفضل الرسائل هي تلك التي يكتبها الأساتذة الذين عملت معهم في علم النفس ، ولا تعني بذلك العمل في الصف فقط ، بل وفي مساقات خاصة أو في مشاريع البحث . والرسالة التي يكتبها لك أستاذ قام بتدريسك مادة في شعبة من 249 طالباً ، والذي لا يمكنه أن يتذكر علامتك إلا بالرجوع إلى سجل العلامات ، ليست بقيمة وفائدة الرسالة التي يكتبها لك مدرس عملت معه في مشروع مستقل . وقد تفيدك أيضاً رسالة يكتبها أخصائي مهني عملت معه في مجال الصحة النفسية .

ومالم تلوح بحققك في رؤية رسائل التوصية الخاصة بك ، فسيُفترض بأنها ليست سرية ، وأنت قد قرأتها بالفعل . وغالباً ما يشعر المرء أن مثل هذه الرسائل قد تكون أقل صدقاً وصراحةً في تقييمها

لقدراتك وإمكاناتك من البيانات السرية . فإذا راودتك شكوك حول مدى إيجابية رسالة التوصية ، فيمكنك دائماً أن تطلب مسبقاً من الشخص الذي سترجع إليه في كتابة الرسالة أن يعطيك تقييماً صريحاً لفرصك وقدراتك .

البيانات الشخصية Personal Statements

وتحتوي معظم طلبات الالتحاق على فقرة مخصصة للبيان الشخصي . إذ أن هذه البيانات تُعطي لجنة الاختيار لمحة عن كيفية تقديرك لذاتك في علاقتك بعلم النفس الإكلينيكي . ما هي دوافعك؟ لماذا هذا الاهتمام بعلم النفس الإكلينيكي؟ كيف تطور هذا الاهتمام؟ كيف قمت بإعداد نفسك؟ ما هي أهدافك المهنية؟ لماذا تهتم بهذا البرنامج في علم النفس الإكلينيكي بالذات؟ وتلك فقط بعض النقاط التي غالباً ما يتم تغطيتها في مثل هذه البيانات ، والتي تساهم في إتمام طلبك وتُعطي لمحة عن قدراتك اللفظية والكتابية .

الخبرة Experience

إن وجود ما يدل على خبرتك في المشاركة في بحث نوعي سيكون بلا شك ميزة إيجابية ، وسيعطيك أفضلية تنافسية . فهذا الأمر يشير إلى أن لديك دافعاً واهتماماً للسعي إلى ما هو أكثر من المساقات الروتينية أو الخبرة الصفية المعتادة ، كما يعني ضمناً بأنك اشرتكت وقمت بدور إيجابي إزاء إمكانات تطورك المهني . إضافة إلى ذلك ، فإن مثل هذه الخبرة ستكون مُعينة لك أثناء تحضيرك للدكتوراة . وبالنسبة للبرامج ذات التوجه البحثي ، فمن الضروري وجود خبرة سابقة في مجال البحث .

ويمكن أن تكون الخبرات العملية في مجال الصحة النفسية مفيدة أيضاً . فقد تم توظيف العديد من الطلبة للعمل كمساعدين في المستشفيات أو كأشباه مختصين في العيادات والمدارس ومراكز المجتمع ومراكز الخطوط الساخنة ، وغيرها من المواقع المشابهة . كما يقوم بعضهم بأعمال تطبيقية ترتبط ببعض المساقات الدراسية . ومثل هذه الخبرات تشير إلى مستوى أعلى من الحنكة -أي الإحساس أن لديك بعض الاستبصار بماهية العمل في مجال الصحة النفسية- ، كما تكشف عن شيء من دوافعك .

المؤهلات اللازمة Essential Qualifications

كثيراً ما يسأل الطلبة عن الحد الأدنى لمعدل الدرجات العام (grade point average) (GPA) المطلوبة للقبول ، أو عن العلامة المطلوبة على امتحان القبول الجامعي (GRE) . وهذه

الأسئلة تعتبر صعبة ؛ وذلك للاختلاف الواضح بين البرامج حول هذه الأمور . على أية حال ، فقد أشار استقصاء ماين ورفاقه (Mayne et al., 1994a) إلى أن 90٪ من برامج الدكتوراة في علم النفس تستخدم درجات امتحان القبول الجامعي (GRE) في تقييم الطلبات . وبالتالي ، سواء كان ذلك للأفضل أو للأسوأ ، يبدو أن لجان القبول تركز على درجات هذا الامتحان بشكل كبير . وبشكل عام ، فإن البرامج التي تتلقى أعداداً كبيرة من الطلبات ، تميل إلى اشتراط مستوى عالٍ من معدل الدرجات العام (GPA) ودرجات امتحان القبول (GRE) . وتميل برامج الدكتوراة (Ph.D. و Psy.D.) التي تركز على البحث ، إلى تفضيل درجات أعلى مقارنة بالبرامج التي تركز على الممارسة (Mayne et al., 1994a) . وكما هو متوقع من مثل هذه النتائج الاستقصائية ، فقد بين ماين ورفاقه أن القبول في برامج الدكتوراة ذات التوجه للبحث (حيث نسبة القبول 6٪) أكثر صعوبة من القبول في البرامج ذات التوجه التطبيقي (حيث نسبة القبول 23٪) .

وتهتم بعض لجان الاختبار بمعدل درجات الطالب (GPA) خلال السنتين الأخيرتين أكثر من اهتمامها بمعدل درجاته خلال الأربع سنوات ككل . فمعدل الدرجات الأقل من 3.5 على مقياس من 4 درجات يقلل من احتمال القبول . وبالنسبة للجامعات ذات المكانة المتميزة ، قد يكون الحد الأدنى لمعدلات القبول هو 3.7 . إضافة إلى ذلك ، تُعتبر الدرجات المرتفعة في امتحان القبول (GRE) مهمة أيضاً . على أية حال ، قد تتسامح بعض الجامعات مع درجات الطالب في امتحان القبول إذا كانت هناك عوامل أخرى مساعدة ، مثل ارتفاع معدل درجات الطالب (GPA) ، أو رسائل التوصية القوية .

إن ما سبق ذكره لا ينطبق على برامج الماجستير في علم النفس الإكلينيكي . حيث لا توجد مثل هذه المنافسة على القبول في هذه البرامج . وبالتالي ، فهي لا تتطلب تلك المستويات المرتفعة من معدل الدرجات العام (GPA) أو من درجات امتحان القبول (GRE) . وفي الوقت نفسه ، ينبغي الانتباه إلى أن إتمام مثل هذه البرامج لا يعني بالضرورة زيادة فرص قبول الفرد في برامج الدكتوراة فيما بعد . ويمكن تلخيص ما سبق فيما قاله أحد المشرفين الإكلينيكين حول مؤهلات القبول :

أولاً - والأكثر أهمية - أن يكون الفرد حائزاً على البكالوريوس في علم النفس بمعدل درجات مرتفع ، كما أننا نفضل وجود منظومة من المساقات التي تقوم على أساس من العلم/الرياضيات ، بدلاً من مجموعة من المواد السهلة البسيطة . إن حوالي ربع طلبتنا الذين يدخلون البرنامج هم من حملة الماجستير ، إلا أن هذا الأمر لا يساعدهم . إذ نجد أن الجميع تقريباً يحصلون على درجة "A" في الماجستير ، وبالتالي لا بد لنا من العودة إلى سجلات البكالوريوس . ثانياً ، تعتبر رسائل التوصية مهمة للغاية ، فمثل هذه الرسائل ذات معلومات قيمة حين يكتبها أشخاص يعرفون صاحب الطلب

فعلياً . ثالثاً ، تُعدّ الأبحاث الإضافية أو الخبرات في مجال العلاج النفسي ميزة إضافية . رابعاً ، الدرجات الجيدة على امتحان القبول (GRE) تعد مرغوبة ، إلا أنها ليست ضرورية بصورة مطلقة . ومن هذا المنطلق ، فإننا نميل إلى وضع وزن أكبر للأداء في مرحلة البكالوريوس ولرسائل التوصية (الاتصال الشخصي) .

سير المهنة *A Profession in movement*

علم النفس الإكلينيكي أحد المجالات التي تشهد تغيراً وغيلاً مستمريين . وبالرغم من أن مهمته الأساسية هي تطبيق المبادئ النفسية على مشكلات الأفراد ، إلا أن الطرق والأطر المهنية التي يسعى لتحقيق هذه المهمة من خلالها تخضع لتغير مستمر . ومن غير الواضح ما إذا كانت هذه التغيرات ايجابية أو أنها تعكس أزمة هوية كبيرة ، تنذر بوقوع خلل في هذا التخصص . ومع ذلك ، فمن المؤكد بأن هذه الفترة تعتبر مثيرة لكل أخصائي إكلينيكي ، وذلك لإمكانية مشاركته في عملية تشكيل هذه المهنة وتحديد أبعادها .

المسائل الديموغرافية *Demographics*

هنالك اتجاه ديموغرافي جدير بالذكر في هذا السياق . ففي جزء سابق من هذا الفصل ، ذكرنا بأن حوالي ربع أو ثلث أعضاء شعبة علم النفس الإكلينيكي (الشعبة 12) التابعة للرابطة النفسية الأميركية (APA) هم من النساء . ومن المتوقع أن تزداد هذه النسبة مستقبلاً ؛ إذ أن عدداً أكبر من النساء -مقارنةً بالرجال- يحصلن على درجة الدكتوراة في علم النفس ، خاصةً في علم النفس الإكلينيكي ، مما جعل بعضهم يصف ذلك بأنه "تأنيث" لعلم النفس الإكلينيكي . أما بالنسبة للآثار التي يمكن أن يتركها هذا الأمر على المجال الإكلينيكي ، فالمسألة ما تزال غير واضحة . إذ يدور الجدل مثلاً حول ما إذا كان الميل إلى تقليص روائب الأخصائيين الإكلينيكين في العيادات الخاصة مرتبطاً بهذا التوجه بصورة مباشرة (Philipson,1993) . من ناحية أخرى ، فمن الواضح أن تزايد التمثيل النسائي في علم النفس الإكلينيكي سيعمل على تقدمه بشكل كبير ؛ لأنه سيضيف طيفاً أوسع من المنظورات للمشكلات التي يواجهها كل من البحث الإكلينيكي والممارسة الإكلينيكية .

نماذج التدريب *Training Models*

بالرغم من أن نموذج تدريب العالم-الممارس ما يزال الأكثر شيوعاً ، إلا أنه يتعرض لهجوم مكثف . فقد انبثقت نماذج جديدة ، وظهرت كليات ومعاهد مهنية مستقلة ، إلى جانب تلك البرامج

الجديدة في نطاق الجامعات . فعلى سبيل المثال ، أصبحت درجة الدكتوراة في علم النفس (Psy.D.) بديلاً أكثر شيوعاً لدرجة الدكتوراة التقليدية (Ph.D.) القائمة على البحث ، إذ تُمنح أكثر من 500 شهادة دكتوراة في علم النفس الإكلينيكي (Psy.D.) سنوياً . كما أصبح هناك أكثر من 45 برنامجاً معتمداً لدى الرابطة النفسية الأمريكية (APA) ، تمنح الدكتوراة في علم النفس .

وقد نادى البعض باستحداث نماذج تدريبية جديدة في إطار المعاهد المهنية الجامعية . وتقوم هذه المعاهد بمنح أكثر من نصف درجات الدكتوراة في علم النفس الإكلينيكي . ويشير ل . أ . ليفي (L.A.Levy, 1984) إلى ميثاق خدمات إنسانية جديدة في علم النفس ، يشكل برنامجاً تدريبياً عاماً ، يتألف من سائر التخصصات التي تهتم بتحسين الرفاء البشري من خلال المبادئ النفسية ؛ بما في ذلك علم النفس الإكلينيكي ، علم النفس الإرشادي ، علم النفس المدرسي ، علم النفس المجتمعي ، علم النفس الصحي ، وغيرها من التخصصات .

ومن النماذج التدريبية التي اكتسبت شهرةً واسعة خلال العقد الأخير هو النموذج الإكلينيكي العلمي (clinical science model) ، الذي ظهر نتيجةً لبعض المخاوف المتعلقة بعدم وجود روابط متينة بين علم النفس الإكلينيكي - كما يمارس حالياً - والعلم . لذلك ركزت البرامج التي تبنت هذا النموذج على التوجهات المدعمة إكلينيكيًا في التقييم والوقاية والتدخل العلاجي الإكلينيكي . وفي الوقت الحاضر ، هناك حوالي 17٪ من برامج التدريب الإكلينيكي التي تصف نفسها على أنها برامج تدريب علمي إكلينيكي . وسنتناول هذا النموذج وغيره بالتفصيل في الفصل الثالث .

الممارسة الإكلينيكية Clinical Practice

بالرغم من التأثير المالي لأنظمة الرعاية الصحية ، فهناك عدد كبير من الأخصائيين الإكلينيكيين المدربين حديثاً الذين ما يزالون يتجهون نحو العمل في العيادات الخاصة . فقضايا الترخيص ، والمصادقة ، والمشاركة في برامج الرعاية الصحية الحكومية ، وغيرها من الأمور النقابية ؛ يبدو أنها تشغل بال الأخصائي الإكلينيكي بشكل متزايد . كما أن أشباه المختصين والأخصائيين ممن يحملون شهادات أقل من الدكتوراة ، يتم توظيفهم بصورة متزايدة في العديد من الأماكن التي تعنى بالصحة النفسية . حيث يقوم هؤلاء بأعمال روتينية ، كتطبيق الاختبارات النفسية ، المساعدة في العلاج الجماعي ، القيام ببعض الوظائف الإدارية ، وغير ذلك من أعمال . وقد تعزز هذا الاتجاه بعزوف الأخصائيين الإكلينيكيين المعاصرين أكثر فأكثر عن استثمار وقتهم في الاختبارات التشخيصية . وبينما كان الميدان في الماضي يغلب عليه طابع العلاج الفردي التقليدي وبعض العلاج الجماعي ، أصبح الآن يعج بأشكال أخرى من العلاج ، مثل : العلاج المختصر ، والعلاج

المعرفي-السلوكي ، والعلاج الزوجي ، والعلاج الجشطلتي ، والعلاج الأسري ، والعلاج بالتعريض ،
والعلاج العقلاني-الانفعالي ، وهكذا .

وبينما ينظر بعضهم إلى كل ما سبق من تضارب وخلاف على أنه إشارة على نهاية أجل علم
النفس الإكلينيكي ، يجد بعضهم الآخر في ذلك مصدراً للإثارة والحماسة . أما بالنسبة لطالب علم
النفس الإكلينيكي ، فالوضع الراهن يحمل له فرصة لا تُضاهى للمشاركة في تشكيل مستقبل هذه
المهنة .

تحمل الغموض والتعطش إلى معرفة جديدة

A Tolerance for Ambiguity and a Thirst for New Knowledge

ولعله من المناسب والمنهجي هنا أن نختتم هذا الفصل بتعريف جليّ وواضح لعلم النفس
الإكلينيكي ؛ تعريفٌ يلخص ما ناقشناه ، ويوحد ما طرحناه من أفكار ورؤى ، ويجعله يستقر في
الذاكرة بسهولة . لكن مثل هذا التعريف لا يبدو ممكناً ، أو حتى مفيداً ؛ إذ تكمن المشكلة في تنوع
اهتمامات الأخصائيين الإكلينيكيين ، وتعدد نشاطاتهم واتساعها . ولإحاطة بمثل هذا التنوع ،
ينبغي على التعريف أن يكون فضفاضاً أو عاماً لدرجة يفقد معها معناه الأساسي . فعلى سبيل
المثال ، قد يجد بعضهم أن تعريف ريزنيك (1991) والشعبة 12 التابعة للرابطة النفسية الأميركية
(APA) - اللذين وردا في بداية هذا الفصل - تعريفان عامان جداً ، ولا يقتصران على علم النفس
الإكلينيكي . وقبل أكثر من 50 عاماً ، علق شيفر ولازارس (Shaffer&Lazarus, 1952) في كتابهما
حول علم النفس الإكلينيكي بقولهما : "لا يوجد اتفاق حقيقي حول ما هو الدور الذي يجب أن
يلعبه علم النفس الإكلينيكي بالضبط" (ص . 25) . وإلى الآن ، لم يظهر ما يكفي لتجاوز هذا
التقدير . وعليه ، قد يكون من المفيد أن نذكر صفةً مهمةً من صفات عالم النفس الإكلينيكي ، ألا
وهي القدرة على تحمل الغموض .

أمام هجوم البعض على الأخصائيين الإكلينيكيين واتهامهم بالشعوبة ، وإعجاب البعض الآخر
بهم واعتبارهم منقذين ؛ بين شعورهم بالاكتئاب أحياناً لنقص معرفتهم بالسلوك البشري ،
وحماسهم أحياناً أخرى لما يظهر من تحسن على مرضاهم ؛ بين توالي الادعاءات المتناقضة بالنجاح
من قبل المعرفيين السلوكيين من ناحية ، والسيكوديناميين من ناحية أخرى ؛ بين الانتقادات من
قبل زملائهم الأكاديميين بأنهم تطبيقيون ، ومن قبل زملائهم العاملين في الصحة النفسية بأنهم غاية
في التجريد والعلمية ؛ بين كل هذا وذاك ، فهل من عجب في أن يصبح تحمل الغموض ميزةً

للأخصائيين الإكلينيكين؟ وبالنسبة للطلبة الذين يريدون جميع الإجابات جاهزةً حول السلوك البشري، فإن علم النفس الإكلينيكي حتماً سيكون مشروعاً متعباً ومغامرةً غير مريحة. أما بالنسبة للطالب الذي يرغب بالمشاركة، ويسعى للبحث عما هو نافع وفعال في تحسين الحالة الإنسانية، فقد يكون هذا الميدان مشروعاً مفيداً ومجزياً بالفعل.

ملخص الفصل Chapter Summary

من الصعب تعريف علم النفس الإكلينيكي - كمجال - بطريقة محددة ودقيقة. إذ تتنوع نشاطات الأخصائي الإكلينيكي بشكل كبير، وتتداخل مع مهن الصحة النفسية الأخرى. لقد قدمنا في هذا الفصل أحدث المعلومات المتوافرة حول صفات الأخصائيين الإكلينيكين ونشاطاتهم في إطار تاريخي. إذ يقضي الأخصائيون الإكلينيكيون المعاصرون جزءاً كبيراً من عملهم في تقديم الخدمات الإكلينيكية المباشرة، والتشخيص/التقييم، والإدارة والبحث/التأليف، كما يعد التدريس والإشراف وتقديم الاستشارات من الأدوار المهمة أيضاً. هذا، ويتم توظيف الأخصائيين الإكلينيكين في عدد كبير من المواقع، خاصةً في العيادات الخاصة والجامعات والمراكز الطبية. ووفقاً للدراسات الاستقصائية، فمعظم الأخصائيين الإكلينيكين هم من الرجال، وأكثر التوجهات النظرية المتبعة هي الانثوائية/التكاملية والمعرفية والسيكودينامية. وفوق ذلك كله، يلتزم ميدان علم النفس الإكلينيكي التزاماً قوياً بتقاليد البحث، مع تأكيد على التوجهات المدعومة تجريبياً في مجالات التقييم والوقاية والتدخل العلاجي. وفي نهاية الفصل، قمنا بإلقاء نظرة عامة على التدريب في علم النفس الإكلينيكي، بما فيه وصف العناصر الأساسية لبرامج التدريب على مستوى الدراسات العليا، وعرض الخطوات التي ينبغي اتباعها للحصول على قبول في برامج الدكتوراة في علم النفس الإكلينيكي.

المصطلحات:

- المصادقة (accreditation): صفة تطلقها الرابطة النفسية الأميركية (APA) على البرامج التدريبية التي تطابق معايير التدريب المقبولة لديها.
- الممارسة الإكلينيكية (clinical practicum): خبرة تدريبية تهدف إلى بناء مهارات إكلينيكية معينة (في التقييم والعلاج النفسي... إلخ). وغالباً ما يجمع هذا التدريب ما بين المتطلبات الأكاديمية أو النظرية والخبرة العملية.

■ **الأخصائي الإكلينيكي (clinical psychologist) :** عضو في مهنة مكرسة لفهم ومعالجة الأفراد من ذوي الصعوبات الانفعالية و/أو السلوكية و/أو المعرفية . وقد ينخرط الأخصائيون الإكلينيكيون في نشاطات عديدة متنوعة ، منها : العلاج النفسي ، التقييم والتشخيص ، التدريس ، الإشراف ، البحث ، تقديم الاستشارة ، والإدارة .

■ **نموذج العلم الإكلينيكي (clinical science model) :** نموذج في التدريب الإكلينيكي ، يركز على التوجهات المدعومة تجريبياً في التقييم والوقاية والتدخل العلاجي . وقد ظهر هذا النموذج نتيجة بعض المخاوف من أن علم النفس الإكلينيكي لا يقوم على أسس علمية قوية وثابتة .

■ **المُرشد النفسي (counseling psychologist) :** الأخصائي النفسي الذي يهتم ويشارك في العديد من النشاطات التي تتداخل مع نشاطات الأخصائي الإكلينيكي بشكل كبير . تقليدياً ، يقوم المرشدون النفسيون بتقديم العلاج النفسي الفردي والجمعي للأفراد الذي يعانون من صعوبات خفيفة إلى متوسطة في التكيف ، إضافةً إلى تقديم الإرشاد التربوي والمهني .

■ **درجة الدكتوراة في علم النفس (Doctor of Psychology (Psy. D) degree) :** درجة متقدمة في علم النفس ظهرت كبديل لدرجة الدكتوراة في الفلسفة (Ph.D) التي تُمنح على أساس البحث .

■ **درجة الدكتوراة (doctoral degree) :** درجة تتطلب تدريباً يتجاوز درجة تدريب الماجستير . وفي علم النفس الإكلينيكي ، عادةً ما يتم الحصول على درجة الدكتوراة بعد أربع سنوات من الدراسة العليا والتدريب في مجالات التقييم والتشخيص والعلاج النفسي والبحث ، إضافةً إلى سنة امتياز واحدة .

■ **امتحان القبول الجامعي (Graduate Record Examination - GRE) :** اختبار يُطلب عادةً ممن يتقدم بطلب للالتحاق ببرامج الدراسات العليا . ويقس هذا الامتحان القدرات الكمية واللفظية والتحليلية ، إضافةً إلى قياس موضوعات في فروع علمية مختلفة ، بما في ذلك علم النفس .

■ **أخصائي علم النفس الصحي (Health Psychologist) :** الأخصائي الذي يتركز بحثه أو عمله على الوقاية من المرض ، أو تعزيز الصحة الجيدة والحفاظ عليها ، أو معالجة الأفراد الذين يعانون من حالات مَرَضِيَّة مشخَّصة .

■ **المنحى الفردي (ideographic approach) :** المنحى الذي يركز على الفروق الفردية عوضاً عن المبادئ العامة للسلوك . ويرتبط هذا التوجه بالممارسة الإكلينيكية ذات التوجه الذاتي أو الفردي .

■ **الامتياز (internship) :** خبرة إكلينيكية مركزة تُطلب من جميع طلبة علم النفس الإكلينيكي ، وتتم عادةً في السنة الأخيرة من دراستهم العليا . وعادةً ما تدوم فترة الامتياز عاماً واحداً على الأقل ، وتتضمن التفرغ الكامل للعمل في مؤسسة مستقلة .

■ **درجة الماجستير (Master's degree) :** درجة متقدمة يتم الحصول عليها عادةً بعد عامين من الدراسة العليا . ويقوم خريجو الماجستير بأعمال إكلينيكية متنوعة في العديد من المواقع الخدمية ، على أن فرصهم في الحصول على الاستقلال المهني تكون محدودة مقارنةً بحملة الدكتوراة .

■ **المنحى الناموسي (nomothetic approach) :** المنحى الذي يبحث في -أو يحاول التعرف على- المبادئ العامة للسلوك ، ولا يؤكد على الفروق الفردية . وهو يرتبط بالممارسة الإكلينيكية ذات التوجه التجريبي .

■ **العاملون شبه المهنيين (paraprofessionals) :** أفراد (مثل العاملين على الخط الساخن في مراكز الأزمات) يتم تدريبهم كمساعدين للأخصائيين العاملين في مجال الصحة النفسية .

■ **المعاهد المهنية (professional schools) :** المعاهد التي تقدم تدريباً متقدماً في علم النفس ، بحيث يركز على الكفاءة في التقييم والعلاج النفسي أكثر من تركيزه على الكفاءة في البحث . ولعديد من هذه المعاهد المهنية لا تكون تابعة لأية جامعة ، ومعظمها يمنح درجة الدكتوراة في علم النفس (Psy.D) .

■ **أخصائي الخدمة الاجتماعية في الطب النفسي (Psychiatric social worker) :** أخصائي في الصحة النفسية ، تم تدريبه على التشخيص الطبي النفسي وعلى العلاج الفردي والجمعي . ومقارنةً مع الأخصائي النفسي والطبيب النفسي ، فإن تدريب أخصائي الخدمة الاجتماعية يعد قصيراً نسبياً ، ويقتصر على عامين من الدراسة العليا للماجستير . وينخرط أخصائيو الخدمة الاجتماعية في الحياة اليومية لمرضاهم بشكل كبير ، ويركزون بشكل أكبر على العوامل الاجتماعية والبيئية التي تؤثر في الحالة المرضية .

■ **الطبيب النفسي (psychiatrist) :** طبيبٌ تلقى تدريباً مكثفاً في تشخيص مختلف الاضطرابات النفسية وعلاجها . وبفضل الخلفية الطبية للأطباء النفسيين ، فبإمكانهم وصف الأدوية للتخفيف من السلوك المشكل أو المعاناة النفسية .

■ **العيادة النفسية (psychological clinic) :** عيادةٌ يديرها برنامج للتدريب النفسي الإكلينيكي ، يشرف عليها فريق من الطلبة الإكلينيكيين وأعضاء الهيئة التدريسية وغيرهم . وتعد العيادة النفسية مكاناً يكتسب فيه الطلبة الإكلينيكيون خبرتهم العملية ، وذلك من خلال مشاركتهم في تقديم خدمات التقييم والعلاج والاستشارة للأفراد بصورة عامة .

■ **امتحان التأهيل (qualifying examination) :** امتحان يُطلب عادةً من جميع طلبة علم النفس الإكلينيكي في عامهم الثالث من التدريب . ووظيفة هذا الامتحان هي التأكد من الكفاءة الأكاديمية للطلبة .

■ **أخصائي إعادة التأهيل (rehabilitation psychologists) :** الأخصائي النفسي الذي يتركز عمله على الأفراد ذوي الإعاقات الجسدية أو المعرفية . وبشكل عام يعمل أخصائيو إعادة التأهيل

في المستشفيات العامة أو مستشفيات التأهيل ، ويساعدون الأفراد من ذوي الإعاقات على التعامل مع الآثار والتعقيدات النفسية والاجتماعية والبيئية لحالاتهم .

■ أخصائي علم النفس المدرسي (school psychologists) : الأخصائي النفسي الذي يعمل مع المعلمين لتعزيز نمو الذهنى والاجتماعى والانفعالي للأطفال في سن المدرسة . وقد تتضمن أنشطته تقييم الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة ، وتطوير برامج التدخل العلاجي أو البرامج التي تلبي هذه الاحتياجات ، والتشاور مع المعلمين والإدارة حول مسائل تتعلق بسياسات المدرسة .

■ نموذج العالم-الممارس في التدريب (scientist-practitioner model of training) : نموذج يمثل الفلسفة التدريبية السائدة في علم النفس الإكلينيكي في الوقت الراهن . ويرتكز هذا النموذج على الفكرة القائلة إن على الأخصائي الإكلينيكي أن يجمع بين دوره كعالم ودوره كممارس .

■ التوجه النظري (theoretical orientation) : الإطار النظري الذي يعتمد عليه عالم النفس في فهمه لمشكلات العميل ومعالجتها . ومن الأمثلة على هذه التوجهات : التوجه السيكودينامي ، وكذلك المعرفي ، والسلوكي ، والبين-شخصي ، ومنحى النظم ، والمنحى الانتقائي/التكاملي .

2

الفصل الثاني

تاريخ علم النفس الإكلينيكي

Historical Overview of Clinical Psychology

الأسئلة الجوهرية:

- 1- ما هي النظريات التي أثرت بشكل كبير في علم النفس الإكلينيكي؟
- 2- لماذا عادت مسألة تقييم الشخصية وتشخيصها محط الاهتمام ثانية؟
- 3- كيف انخرط الأخصائيون الإكلينيكيون في معالجة المشكلات الانفعالية للبالغين؟
- 4- كيف يمكن للبحث الإكلينيكي أن يغني الممارسة الإكلينيكية والتقييم الإكلينيكي بالمعلومات؟
- 5- ما هي العوامل التي قادت إلى الانقسام بين أعضاء الرابطة النفسية الأميركية؟

محتويات الفصل:

- الجدور التاريخية .
- التشخيص والتقييم .
- التدخلات العلاجية .
- البحث .
- المهنة .
- ملخص الفصل .

إن تأملنا في جذور تاريخ علم النفس الإكلينيكي يساعدنا على فهم هذا الميدان بشكل أفضل . ويستعرض هذا الفصل التطور التاريخي لعلم النفس الإكلينيكي ، ويتناول بعض المسائل المعاصرة التي تواجهه .

الجذور التاريخية *Historical Roots*

إن تحديد فترة زمنية معينة أو شخص بذاته كبداية لانطلاق علم النفس الإكلينيكي يعد أمراً اعتباطياً ومضللاً . ويمكن للمرء أن يعود إلى فلاسفة اليونان مثل ثيلز (Thales) وأبقراط وأرسطو ، الذين كانوا يتفكرون في الإنسان وفي طبيعة تفكيره وإحساسه ومرضه ، وذلك قبل ميلاد المسيح بوقت طويل (Shaffer&Lazarus, 1952) . وبما أن هؤلاء الفلاسفة يُعتبرون أسلافاً لكل مهنة أو حركة أو نظام فكري تقريباً في المجتمع الغربي ، فإن ذكرهم لا يضيف شيئاً سوى التأكيد على بداياتنا المشرقة .

وبالنسبة للسنوات السابقة لعام 1890 ، فلا يوجد في الواقع إلا القليل مما يفصل تاريخ علم النفس الإكلينيكي عن تاريخ علم نفس الشواذ ، أو ما أطلق عليه زيلبورج وهنري (Zilboorg&Henry, 1941) اسم "علم النفس الطبي" (medical psychology) . ويرى رايزمان (Reisman, 1976) فائدة أكبر في البحث عن جذور علم النفس الإكلينيكي الحديث في الحركة الإصلاحية التي شهدتها القرن التاسع عشر ، وهي الحركة التي قادت إلى تحسين رعاية المرضى العقليين . فمثل هذه التطورات والدوافع الإنسانية للأشخاص الذين ساهموا في إحداثها ، عززت البدايات البسيطة لمهن الصحة النفسية كما نعرفها اليوم (Hothersall, 1984) . ومن أبرز رموز هذه الحركة الطبيب الفرنسي فيليب بينيل (Philippe Pinel) ، الذي صدمته الوحشية القاسية التي كانت سائدة في "المستشفيات العقلية" في القرن التاسع عشر ، واستطاع الوصول إلى إدارة مستشفى بياتري ، ومن ثم سالبيتير . وبعطفه وإنسانيته ، استطاع بينيل إنجاز الكثير في مجال غاية في الصعوبة . ومن غير الواضح ما إذا كان الفضل في ذلك الإنجاز يعود إلى جهده الشخصي أم إلى التطورات التي انبثقت عن فلسفة روسو (Rousseau) ومثالية الثورة الفرنسية . على أية حال ، فقد كانت أعمال بينيل حجر الأساس في تطور الطب النفسي والتوجه نحو الصحة النفسية ، وبالتالي علم النفس الإكلينيكي .

وفي الوقت نفسه تقريباً ، قام الإنجليزي ويليام توك (William Tuke) بتكريس نفسه

لتأسيس ما يمكن تسميته بالمستشفى النموذجي من حيث المعاملة الإنسانية للمرضى والمضطربين . وفي أمريكا ، كان إلي تود (Eli Todd) يعمل جاهداً وبنجاح لتحسين وتطوير منتجع في هارتفورد (Hartford) يعنى بالمرضى النفسيين . وكنظرائه الأوروبيين ، ركّز تود على دور العناية المتحضرة بم تتضمنه من احترام وتعامل أخلاقي . ومن خلال جهوده المستمرة ، لم يعد من المقبول اعتبار المرضى العقليين غير قابلين للشفاء كما كان الأمر في السابق . وقد بدأ السعي إلى معرفة الأحداث النفسية السابقة للأمراض العقلية والتركيز على العلاج يحلان محل الحجز الروتيني القاسي للمرضى .

ودوروثي ديكس (Dorothea Dix) من الأميركيين الذين كان لهم تأثير أساسي في حركة الصحة النفسية ، فهي التي قادت حملة مشهورة من أجل تقديم رعاية أفضل للمرضى العقليين . وأمام عزمها وإصرارها ، استجابت المؤسسات الحكومية لمطالبها . وبقوة المنطق ، والاستناد إلى الحقائق ، والدعم الشعبي ، والضغط على الحكومة ؛ فقد حققت ديكس ما تسعى إليه . حيث استجابت ولاية نيو جيرسي في عام 1848 ببنائها مستشفى "للمجانين" ، وهو أول مستشفى من مجموعة مستشفيات أنشئت في أكثر من 30 ولاية فيما بعد .

ونتيجةً لجهود مثل هؤلاء الأشخاص ، تم تهيئة الطريق لميدان علم النفس الإكلينيكي . إلا أنه من الخطأ تقييم هذه الإسهامات في منأى عن القوى الاجتماعية والأفكار المعاصرة لتلك الحقبة من الزمن . ففي القرن التاسع عشر ، قام الفلاسفة والكتاب بالمطالبة بصون كرامة جميع الأفراد وحريتهم ، وبدأت الحكومات بالاستجابة . بل وقد ساهم العلم -الذي ظهر بدوره- في تلك الحركة ، وقد أخذ مناخ "المعرفة من خلال التجريب" بالانتشار آنذاك ، وبدأ الشعور بإمكانية التنبؤ والفهم ، وربما ضبط السلوك الإنساني ، يأخذ مكان الحكمة القديمة . وتضافر هذا الغليان في مجالات العلم والأدب والسياسة والحكومة والإصلاح ، ليفرز البشائر الأولى لمهن جديدة ، أصبحت تُعرف بمهن الصحة النفسية (mental health) .

وفيما يلي عرض سريع لبعض جذور علم النفس الإكلينيكي . وفي الصفحات التالية سنتتبع تطور هذا العلم في مجالات محددة ، وهي : التشخيص والتقييم ، التدخل العلاجي ، البحث ، وبعض المسائل المهنية .

التشخيص والتقييم *Diagnosis and Assessment*

البدایات (1850-1899) *The Beginnings*

بالنسبة للكثيرين ، يكمن جوهر علم النفس الإكلينيكي في تركيزه على تقييم الفروق الفردية

بين الأشخاص ، ويمكن أن يعود الجزء الأكبر من هذا التركيز إلى الإنجليزي فرانسيس جالتون (Francis Galton) . إذ كرّس جالتون جهداً كبيراً من أجل تطبيق الأساليب الكمية في فهم الفروق بين الناس . ونتيجة اهتمامه بدراسة شدة الإحساس والمهارات الحركية وزمن الرجوع ، قام جالتون بتأسيس مختبر للقياسات البشرية (anthropometric laboratory) عام 1882 .

وقد اتسع هذا التقليد من خلال أعمال الأميركي جيمس ماك-كين كاتيل (James McKeen Cattell) . فبالرغم من عدم تأييد ويليام فونت (Wilhelm Wundt) -الذي عمل كاتيل كمساعد في مختبره- ، فقد حول كاتيل اهتمامه إلى دراسة الفروق الفردية في زمن الرجوع ، إذ آمن كاتيل -مثله في ذلك مثل جالتون- بأنه طريقٌ نحو دراسة الذكاء . وفي الحقيقة ، فقد استخدم كاتيل مصطلح الاختبارات العقلية (mental tests) في وصفه لمقاييسه (Thorndike,1997) . ومن خلال استخدام بطارية من 10 اختبارات ، كان كاتيل يأمل باكتشاف ثبات العمليات العقلية ، بل والتنبؤ بإمكانية استخدام مثل هذه الاختبارات في اختيار الأفراد وتدريبهم ، والتحري عن وجود أية اضطرابات لديهم أيضاً . ومن خلال هذه الأعمال المبكرة ، يمكننا أن نرى الخطوات المتعشرة الأولى لحركة الاختبارات .

وفي الفترة نفسها ، ظهر توجه آخر ذو علاقة بعلم النفس الإكلينيكي ، والذي يتضح من الأعمال التشخيصية لإيميل كريبلين (Emil Kraepelin) عام 1913م . في ذلك الحين ، لم يكن هناك إلا قلة من الأطباء النفسيين الذين يوازونه من حيث مكانته العلمية . فعندما قسّم كريبلين الأمراض النفسية إلى نوع تحدده عوامل خارجية (exogenous factors) (قابلة للعلاج) وآخر تحدده عوامل داخلية (endogenous factors) (غير قابلة للعلاج) ، كان في الواقع يقترح نظاماً من التصنيف ، ما تزال مستمرة حتى يومنا هذا . لقد كانت تصنيفاته مشجعةً للمزيد من البحث ، كما أنها ساهمت في إثارة قدرٍ هائل من النقاش حول الاضطرابات النفسية .

بدايات الحقبة الحديثة (1900-1919) The Advent of the Modern Era

لقد كان ظهور المقاييس العقلية أو الاختبارات التشخيصية النفسية أحد أهم التطورات الأساسية في هذه الحقبة . وربما تكمن البدايات في أعمال جالتون أو كاتيل ، إلا أن العامل الحاسم جاء على يد ألفريد بينيه (Alfred Binet) .

لقد كان بينيه على قناعة تامة من أن مفتاح دراسة الفروق الفردية يكمن في فكرة المعايير والانحراف عن تلك المعايير . وبعد أن قدم بينيه مشروع بحثه إلى وزير التربية والتعليم في باريس عام 1904 ، شكّلت لجنةٌ عهدت إلى بينيه ومُعاونيه ثيودور سيمون (Theodore Simon) مهمة تطوير طرق يتم من خلالها تشخيص وتأهيل الأطفال من ذوي القصور المعرفي (Thorndike,1997) .

وللتمييز الموضوعي ما بين درجات القصور المختلفة ، قام الرجلان عام 1908 بتطوير مقياس بينيه-سيمون (Binet-Simon Scale) . ومهما قلنا وأسهبنا ، فإننا لا نبالغ في تقدير عظم التأثير الذي أحدثه هذا المقياس في مجال قياس الذكاء (measurement of intelligence) . إذ قام هنري جودارد (Henry Goddard) فيما بعد بإدخال اختبارات بينيه إلى أمريكا ، ثم قام لويس تيرمان (Lewis Terman) بوضع صورة أميركية للاختبار عام 1916 .

كما ظهر بعض التقدم في تلك الفترة في مجال اختبار الشخصية (personality testing) ؛ إذ بدأ كارل يونج (Carl Jung) حوالي عام 1905 باستخدام أساليب التداعي الحر للكلمات ، في محاولة منه للكشف عن العقْد أو الصراعات اللاشعورية . ثم في عام 1910 تم نشر اختبار كينت-روزانوف للتداعي الحر (Kent-Rosanoff Free Association Test) . وبالرغم من أن جالتون كانت له تجاربه مع مثل هذه الأساليب منذ وقت مبكر يعود إلى عام 1879 ، إلا أن اختبارات التداعي الحر هذه ساهمت في إحداث تقدم كبير في مجال الاختبارات التشخيصية .

وفي عام 1904 ، قدّم تشارلز سبيرمان (Charles Spearman) مفهوم الذكاء العام (general intelligence) والذي أطلق عليه مصطلح العامل العام (g) . بينما أتى إدوارد ثورنديك (Edward Thorndike) بمفهوم معاكس يركز على أهمية القدرات الخاصة المستقلة . ومهما كان الأمر ، فالجدل الواسع حول طبيعة الذكاء كان قد بدأ ، وما يزال محتدماً حتى اليوم .

عندما دخلت الولايات المتحدة في الحرب العالمية الأولى عام 1917 ، ظهرت الحاجة إلى غربلة تلك الحشود الغفيرة من الجنود المطلوبين للخدمة العسكرية وتصنيفهم . وقد تم تعيين لجنة من خمسة أعضاء من الرابطة النفسية الأميركية (APA) بإيعاز من الدائرة الطبية التابعة للجيش برئاسة روبرت يركس (Robert Yerkes) ، تم تكليفها بمهمة إيجاد نظام لتصنيف الأفراد وفق مستوى قدراتهم . فقامت هذه اللجنة بتصميم اختبار لفظي سمي باختبار ألفا للجيش (Army Alpha) عام 1917 ، تبعته صورة أخرى غير لفظية سميت باختبار بيتا للجيش (Army Beta) . وفي توجه مشابه ، قام روبرت وودورث (Robert Woodworth) بتطوير قائمة نفسية-عصائية عام 1917م ، والتي كانت -على الأرجح- أول استبانة مصممة لتقييم السلوك الشاذ (غير السوي) . ومع هذه البدايات الأولية ، وبظهور مثل تلك الأدوات الأساسية في القياس -كقائمة وودورث للبيانات الشخصية (Woodworth's Personal Data Sheet) واختباري ألفا وبيتا للجيش- كانت حركة الاختبارات الجماعية قد بدأت تأخذ طريقها .

بين الحربين (1920-1939) Between the Wars

تقدّمت الاختبارات النفسية التشخيصية بشكل كبير ما بين الحربين العالميتين الأولى والثانية ؛

فقد قدم بينتير وباترسون (Pintner & Paterson) مقياسهما غير اللفظي للذكاء ، وتبعه عام 1934 اختبار كورنيل-كوكس (Cornell-Coxe) . وفي عام 1926 ، تم نشر اختبار جودإنف لرسم الرجل (Goodenough Draw-a-Man) بغرض قياس الذكاء . فأصبح الأخصائي النفسي الإكلينيكي يمتلك الاختبارات الفردية والجماعية ، إضافة إلى الاختبارات اللفظية وغير اللفظية ، وأصبح الإكلينيكيون يستخدمون مصطلحات مثل "نسبة الذكاء" (intelligence quotients) .

كما أصبح بالإمكان قياس الاستعدادات ممثلةً باختبار سيشور (Seashore) للقدرات الموسيقية . وتم تطوير اختبارات الميول أيضاً ، حيث ظهرت على الساحة صفحة سترونج للميول المهنية (Strong Vocational Interest Blank) عام 1927 ، وتبعها فيما بعد ظهور سجل كودر للتفضيل (Kuder Preference Record) .

وفي عام 1927 ، بدأ جدلٌ مستعر حول نظريات الذكاء ، وذلك من خلال ما أدخله لويس ثيرستون (Louis Thurston) من إسهامات قائمة على التحليل العاملي . إضافةً إلى دخول سبيرمان وثورندايك وثيرستون إلى الحلبة ، وتقديم كل منهم إسهاماته المهمة . وفي عام 1928 ، نُشرت المقاييس التطورية لجيزيل (Gesell) ، كما ظهر عام 1939 مقياس فينلاند للنضج الاجتماعي (Vineland Social Maturity Scale) الذي طوره دول (Doll) ، وهو مقياس يقيس السلوك وفقاً لمستوى نضج الفرد أو كفاءته الاجتماعية ، وليس وفقاً لذكائه .

وفي عام 1939 ، شهدت حركة قياس الذكاء تطوراً مهماً وأساسياً تم على يد ديفيد وكسلر (David Wechsler) ، إذ قام بنشر اختبار وكسلر-بليو (Wechsler-Bellevue test) . وحتى ذلك الحين ، لم يكن هنالك أي اختبار فردي مَرصُص لقياس ذكاء الراشدين ، وقد قدمت المراجعات اللاحقة لاختبار وكسلر-بليو نماذج رائدة للاختبارات الفردية في مجال ذكاء الراشدين .

ولم تكن اختبارات الذكاء والميول والقدرات هي التطور الوحيد في مجال الاختبارات آنذاك ، حيث قطعت اختبارات الشخصية أشواطاً بعيدة أيضاً . فقد ألحق اختبار بريسبي إكس-أو (Pressey X-O Test) للانفعالات بقائمة وودوورث للبيانات الشخصية عام 1921 ، تبعه أيضاً عام 1923 اختبار داووني للإرادة والمزاج (Downey Will-Temperament Test) . كما ظهرت قائمة ألبرت-فيرنون للقيم (Allport-Vernon Study of Values) أيضاً عام 1931 .

إلا أن الحدث الأكبر تمثل بالاختبارات الإسقاطية . فبالرغم من المساهمات الأولى لجالتون ويونج وكينت وروزانوف وأبحاثهم حول التداعي الحر للكلمات ، إلا أن الحدث الأعظم بالنسبة للاختبارات الإسقاطية كان عام 1921 ، عندما قام الطبيب السويسري هيرمان رورشاخ

(Hermann Rorschach) بنشر كتابه التشخيص النفسي (Psychodiagnostik) . وفي هذا الكتاب ، يصف رورشاخ استخدامه لبقع الحبر في تشخيص المرضى النفسيين ؛ حيث يفترض رورشاخ أن الأفراد عندما يستجيبون إلى مشيرات اختبارية غامضة ، فإنما هم يكشفون عن شيء من استجاباتهم لخبرات الحياة الفعلية .

ولم تأخذ أساليب رورشاخ طريقها إلى الانتشار فعلاً إلا عام 1937 ، عندما قام س . ج . بيك (S.J. Beck) وبرونو كلوبفر (Bruno Klopfer) بنشر قوائمهما المنفصلة حول إجراءات التصحيح . وبعد ذلك استخدم مصطلح "الأساليب الإسقاطية" (projective techniques) من قبل ل . ك . فرانك (L.K. Frank) عام 1939 . ومنذ ذلك الوقت ، تدفق سيل من الأبحاث المنشورة والكتب والمساقات الدراسية حول الأشكال المختلفة من الأساليب الإسقاطية .

وقد برز وجه آخر من وجوه الحركة الإسقاطية عام 1935 ، عندما قام كل من كريستينا مورجان (Christina Morgan) وهنري موراي (Henry Murray) بنشر اختبار تفهم الموضوع (Thematic Apperception Test-TAT) . وهو اختبار يتطلب من المفحوص أن ينظر إلى صورة غامضة ، ثم يروي قصة يصف من خلالها نشاطات الأشخاص الذين يظهرون في الصورة ، وأفكارهم ومشاعرهم . وما يزال هذا الاختبار (TAT) أوسع الاختبارات الإسقاطية انتشاراً ، ولربما كان ثاني الاختبارات الإسقاطية شهرةً بعد اختبار الرورشاخ . وبعد ذلك بقليل ، قامت لوريتا بندر (Lauretta Bender) عام 1938 بنشر اختبار بندر-جشطلت (Bender-Gestalt) الذي يستخدم أيضاً كمقياس إسقاطي للشخصية .

الحرب العالمية الثانية وما بعدها (1940-الوقت الحاضر)

World War II and Beyond

لقد كان لنجاح علم النفس الإكلينيكي في قياس الذكاء أثره الكبير على مسيرته اللاحقة في مجال تقييم الشخصية . ومع انتقال الإكلينيكين من العمل في المدارس والمؤسسات التي تعنى بمشكلات القصور العقلي إلى مواقع أخرى كالمؤسسات الإصلاحية والمستشفيات العقلية والعيادات النفسية ، أصبح الأطباء والأطباء النفسيون الذين يقومون بإحالة مرضاهم إلى الأخصائيين الإكلينيكين يواجهون أسئلة مهمة ومعقدة . فأخذت أسئلة مثل : "ما هو مستوى قدرات هذا المريض؟" تتطور إلى أسئلة أكثر تعقيداً تتعلق بالتشخيص الفارقي ، مثل : "هل مستوى أداء هذا المريض ناجم عن قصور أو عجز عقلي خلقي ، أم أنه نتيجة حالة مرضية - كالفصام - ، ساهمت في تدني الأداء العقلي لديه؟" ولأن الإجابة عن مثل هذا السؤال تقتضي أكثر من مجرد تحديد مستوى الذكاء ، فقد تم تطوير أساليب جديدة لفحص أداء المرضى على اختبارات الذكاء . ولذلك أخذ

الأخصائيون النفسيون - في كثير من الأحيان - ينظرون إلى أنماط الأداء بدلاً من النظر إلى الدرجة الكلية للذكاء .

وفي عام 1943 ، ظهر اختبار مينيسوتا متعدد الأوجه للشخصية (Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) (Hathaway, 1943) ، وهو اختبار موضوعي يستخدم أسلوب التقرير الذاتي ، ومهمته الأساسية تشخيص المرضى وتصنيفهم بشكل أولي . وبالرغم من استخدام اختبارات أخرى - كاختبار الرورشاخ - للغرض نفسه ، إلا أن هذا الاختبار يتميز بعدم ضرورة وجود تفسير نظري للدرجات أو الاستجابات .

ولقد شهدت الأربعينيات والخمسينيات من القرن العشرين تقدماً متنامياً في تقنيات الاختبار . ولقد فجر ظهور اختبار مينيسوتا (MMPI) جدلاً واسعاً حول فعالية التنبؤات الإحصائية الإكلينيكية (Meehl, 1954; Sarbin, 1943) . فأيهما يتفوق على الآخر : الانطباعات الذاتية للأخصائي الإكلينيكي ، أم التوجهات الموضوعية المبنية على بيانات ثابتة وواضحة ، مثل درجات الاختبارات الكمية ؟ كما ظهر نقاشٌ محتملٌ حول طرق التحقق من صدق الاختبارات والتنبيه لاحتمالات التضليل لدى بعض المفحوصين على هذه الاختبارات (Cronbach, 1946; Cronbach & Meehl, 1955) . ولقد قطع التقييم شوطاً طويلاً منذ بداياته البسيطة في فترة الحرب العالمية الأولى . وفي الحقيقة توافر آنذاك قدرٌ كافٍ من المعلومات حول بناء الاختبارات ، مما أتاح للرابطة النفسية الأميركية (APA) إصدار معايير تحكم تطورها بصورة ملائمة (American Psychological Association, 1954) .

واستمرت أهمية قياس الذكاء إلى ما بعد الحرب العالمية الثانية . وفي عام 1949 ، قام وكسلر بنشر اختبار فردي آخر ، هو : اختبار وكسلر لقياس ذكاء الأطفال (Wechsler Intelligence Scale for Children) ، والذي أصبح بديلاً مهماً لاختبار ستانفورد-بينيه . وبعد ذلك ، ظهر اختبار وكسلر لذكاء الراشدين (Wechsler Adult Intelligence Scale) (وهو صورة معدلة من اختبار وكسلر - بلثبو) في عام 1955 . وقد سجلت هذه الاختبارات بداية سلسلة كاملة من المراجعات اللاحقة لمقاييس وكسلر للأطفال والراشدين .

ولقد شهدت الأربعينيات والخمسينيات من القرن العشرين نمواً كبيراً في مجال اختبارات الشخصية ، وخاصة الإسقاطية منها . وقد بقي اختبارا الرورشاخ وتفهم الموضوع (TAT) في موقع الصدارة ، وأصبح يُنظر إلى الأخصائيين الإكلينكيين كخبراء في التشخيص النفسي (psychodiagnosis) : استخدام وتفسير درجات الاختبارات النفسية كأساس لوضع التشخيص والتخطيط للعلاج . إلا أن التصدّع والانقسام كان أخذاً بالنمو في المهنة ، والذي كان يدور حول



المقاييس الموضوعية والإسقاطية ، وأيهما هي الأكثر ملاءمة في وصف الشخصية والاضطرابات النفسية بدقة . ومن الأمثلة على المقاييس الموضوعية (objective measures) اختبار مينيسوتا (MMPI) ومراجعه الثانية (MMPI-2) (Butcher, Dahlstrom, Graham, 1989) ؛ فكلاهما مبني على منحى عام (nomothetic) في التقييم ، تُفسر فيه درجات الاختبار باستخدام قواعد ذات أسس تجريبية ، تتضمن المقارنة ما بين الدرجة المسجلة للفرد ومعدل درجات عينة التقنين . أما استجابات الفرد على الاختبارات الإسقاطية ، فهي -بعكس الاختبارات الموضوعية- غالباً ما يتم تفسيرها من خلال المنحى الفردي (idiographic approach) . ويكون التركيز هنا منصباً على الفرد بشكل أكبر ، وغالباً ما يتم تفسيرها وفقاً للنظرية السيكوندينامية وللقواعد المدعمة تجريبياً في الوقت نفسه وبالقدر نفسه أيضاً . وما يزال هذا الانقسام بين مؤيدي الأساليب الموضوعية والإسقاطية مستمراً حتى اليوم .

لكن المفاجئ حقاً هو أن التحدي الأساسي في قياس الشخصية جاء من خارج هذه الصفوف . فمنذ نهاية الخمسينيات ، بدأت الحركة السلوكية المتطرفة (radical behaviorism) تبرز بصورة واضحة . وأخذ أتباع هذا التوجه يعتقدون أن السلوك الظاهر فقط هو ما يمكن قياسه ، وأنه من غير المفيد أو المرغوب به القيام بالاستدلال على سمات الشخصية أو وجودها من خلال نتائج الاختبارات النفسية ؛ إذ أن سمات الشخصية -وفقاً للسلوكيين المتطرفين- لا يمكن قياسها بشكل مباشر . وأصبح تقييم الشخصية عرضةً للهجوم ، كما أصبحت برامج علم النفس الإكلينيكي في الستينيات تأخذ منحى سلوكياً بشكل كبير . وفي عام 1968 ، جاء والتر ميشيل (Walter Mischel) ليؤكد على أن هذه السمات موجودة في عقول الملاحظين أكثر منها في سلوك من هم موضوع الملاحظة . فالمسؤول الأول عن الطريقة التي نتصرف بها هي المواقف ، لا مجموعة من السمات الغامضة . وانسجاماً مع هذه النظرة ، شهدت السبعينيات من القرن العشرين انبعاث التقييم السلوكي (behavioral assessment) . إذ أصبح فهم السلوك يتم من خلال الإطار المحيط بالمشيرات أو المواقف التي تسبق السلوك أو تتبعه .

تري ، هل أدى هذا الأمر بدوره إلى نهاية تقييم الشخصية؟ في الواقع لا . فقد انبعث الاهتمام بها من جديد في الثمانينيات والتسعينيات من القرن الماضي ، ويمكن عزو هذا الانبعث إلى دخول عدد من اضطرابات الشخصية ضمن نظام التشخيص الأميريكي للاضطرابات النفسية ، ودخول عدد من قوائم الشخصية الحديثة والدقيقة من ناحية سيكومترية (مثل قائمة ميلون الإكلينيكية متعددة المحاور (Millon Clinical Multiaxial Inventory) وقائمة نيول للشخصية (NEO-Personality Inventory) -) ومجموعة من الأدلة التجريبية التي تبين أن سمات

الشخصية ثابتة بالفعل عبر المواقف والأزمنة (1988; Costa&McCrae, e.g.). (Epstein&O'Brien, 1985).

وكما ذكرنا ، فقد أثر نظام التشخيص الرسمي الأمريكي بدوره في مجال التقييم ، إذ ظهرت الطبعة الأولى من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-I الأمريكية (American Psychiatric Association) عام 1952 . وظهرت مراجعات لهذا الدليل على فترات مختلفة ، كانت أحدثها عام 2000 (DSM-IV-TR) . وإضافة إلى تأثيره على محتوى قوائم التقرير الذاتي (إذ تم تصميم قوائم جديدة لقياس الاضطرابات النفسية الواردة في الدليل التشخيصي DSM ، فقد ساهم هذا النظام التشخيصي في نمو نوع آخر من أدوات التشخيص : المقابلات التشخيصية المقننة (Structured diagnostic interviews) التي تحتوي على قائمة مقننة من الأسئلة التي تعدّ مفتاحاً لمحكات تشخيص الاضطرابات الواردة في الدليل (DSM) . وعليه يمكن للإكلينيكين (أو الباحثين) الذين يريدون الوصول إلى تشخيص للمريض (أو مشارك في البحث) وفقاً للدليل التشخيصي (DSM) استخدام هذه المقابلات ، فلم يعد من الضروري تطبيق اختبار نفسي ومن ثم الاستدلال على الوضع التشخيصي للمريض بناءً على درجاته .

لقد تنامي الاهتمام بالتقييم النفسي العصبي (neuropsychological assessment) أيضاً بشكل كبير . ويُستخدم هذا التقييم لتقدير جوانب قوة المريض أو ضعفه نسبياً ، وذلك بناءً على وجود علاقات مدعمة تجريبياً بين الدماغ والسلوك (وفقاً لاستجابات على اختبارات معينة) . ولقد تم تطوير عدد من الأدوات لتحديد العجز أو الضعف في وظائف الدماغ ؛ ففي عام 1947 قدم هالستيد (Halstead) بطارية كاملة من الاختبارات التي تساعد على تشخيص المشكلات النفسية العصبية . والتقييم النفسي العصبي المعاصر يشمل عادةً اتجاهًا من اثنين : اتجاه يستخدم مجموعة موحدة أو بطارية من الاختبارات لجميع المرضى ، بينما يستخدم الآخر مجموعة صغيرة من الاختبارات ابتداءً ، ومن ثم -بناءً على نتائج الاختبارات الأولية- يتم تطبيق اختبارات إضافية للإجابة عن أسئلة الإحالة . ومن أكثر بطاريات الاختبارات النفسية العصبية شيوعاً : بطارية هالستيد-رايتان (Halstead-Reitan) (Reitan, 1969) وبطارية لوريا-نبراسكا (Loria-Nebraska Neuropsychological Battery) (Golden, Purisch, & Hammeke, 1985) . ويتقدم مجال علم النفس العصبي بشكل متزايد ، فالعديد من الاختبارات النفسية العصبية تُطبق الآن بواسطة الحاسوب ، إضافةً إلى تزايد الاهتمام بتحديد الخصائص النفسية

العصبية المصاحبة للاضطرابات النفسية ، وأصبحت نتائج الاختبارات عنصراً مهماً في التخطيط لبرامج التأهيل (Golden,&Zillmer, Spiers, 1992; Jones&Butters; 1991) .

وأخيراً ، فإن ظهور أنظمة إدارة الرعاية الصحية (managed health care) عام 1990 ، كان له تأثيره على التقييم النفسي . وبالرغم من أننا سنناقش هذا الموضوع بتفصيل أكبر في الفصل الثالث ، إلا أنه يستحق الإشارة إليه هنا . فقد تطورت أنظمة الرعاية الصحية (بما فيها الصحة النفسية أو السلوكية) استجابة للزيادة المستمرة في كلفة الرعاية الصحية . وقد جاءت أنظمة التأمين (مثل الشركات الكبرى) كطرف ثالث في إدارة الرعاية الصحية ، لكي تقوم بالتحكم بالكلفة والتقليل منها . وتتطلب تلك الأنظمة من القائمين على تقديم الخدمات الصحية أن يحرصوا على المسؤولية والكفاءة في تقديم هذه الخدمات . ولقد أصبح الأخصائيون الإكلينيكيون الذين يزودون أنظمة الإدارة الصحية بالخدمات يظهرون اهتماماً متزايداً باستخدام المقاييس أو الاختبارات النفسية التي يتوافر فيها الصدق والثبات ، والتي (أ) تساعد على وضع الخطط العلاجية عن طريق التعرف على الأعراض وتقييمها بدقة ، (ب) تتسم بالحساسية تجاه أي تغيير أو تحسن في وظائف العميل نتيجة للعلاج ، و(ج) تعد قصيرة نسبياً .

وهناك ملخص لعدد من هذه الإيضاحات في الخط الزمني للأحداث المهمة في مجال التقييم .

التدخلات العلاجية Interventions

البدايات (1850-1899) The Beginnings

بينما كان إميل كريبلين يركز على تصنيف الاضطرابات الذهانية ، كان آخرون يبحثون في معالجات جديدة للمرضى العصائيين ، كالإيحاء والتنويم . وبالتحديد ، نال جين شاركو (Jean Charcot) شهرة واسعة نتيجة لأبحاثه على المرضى الذين يعانون من الهستيريا : المرضى ذوي الأعراض الجسدية (مثل العمى أو الشلل) الذين لا يبدو أن لديهم سبباً عضوياً يمكن التعرف عليه . ولقد كان شاركو سيد التجارب الإكلينيكية "الدرامية" في تنويم المرضى ، وفي الحقيقة كان يؤمن بأن مرضى الهستيريا فقط هم الذين يمكن تنويمهم . على أية حال ، فعلى الأرجح أنه كان يبحث في التنويم بدلاً من الهستيريا . ومن الأشخاص الذين انتقدوا أعمال شاركو : هيبوليت بيرنهيم (Hippolyte Bernheim) وبييري جانيت (Perry Janet) ؛ إذ شعر بيرنهيم أن أعراض الهستيريا لم تكن أكثر من مجرد إيحاءات ، بينما اعتبرها جانيت مظهراً من مظاهر "انقسام الشخصية" (split personality) ونوعاً من الانحلال الوراثي .

وفي الوقت نفسه تقريباً ، بدأ التعاون التاريخي والمهم ما بين جوزيف بروير (Josef Breuer) وسيجموند فرويد (Sigmund Freud) . ففي بداية الثمانينيات من القرن التاسع عشر ، كان بروير يعالج مريضة شابة تُدعى "أنا و ." ، والتي تم تشخيص حالتها بالهستيريا . وقد كان علاجها مليئاً بالتحديات ، إلا أنه قاد أيضاً إلى تطورات نظرية أثرت في الممارسة النفسية العلاجية لسنوات لاحقة . وقد ناقش بروير الحالة مع فرويد بشكل موسع ، مما أثار اهتمام هذا الأخير ، حتى أنه ذهب إلى باريس ليتعلم كل ما يمكن لشاركو أن يعلمه إياه حول الهستيريا . واختصاراً لهذه القصة الطويلة ، نشير إلى أنه في عام 1895 قام بروير وفرويد بنشر كتابهما "دراسات حول الهستيريا" (Studies on Hysteria) . ولأسباب عديدة ، أصبحت علاقة هذين الرجلين فاترة ومتوترة فيما بعد . إلا أن ما تم بينهما من تعاون خلال تلك الفترة يبقى بمثابة نقطة انطلاق التحليل النفسي (psychoanalysis) ، وهو التطور النظري والعلاجي الذي يُعتبر بمفرده الأكثر تأثيراً في تاريخ الطب النفسي وعلم النفس الإكلينيكي .

بدايات الحقبة الحديثة (1900-1919) The Advent of the Modern Era

لقد اكتسب المصلحون أمثال كليفورد بيرز (Clifford Beers) أهمية خاصة في تاريخ علم النفس الإكلينيكي . حيث أدخل بيرز إلى المستشفى إثر إصابته باكتئاب حاد . وأثناء إقامته في المستشفى ، مر بفترة من الهوس ، بدأ فيها بتسجيل خبراته في المستشفى . وعندما زالت أعراض الهوس الاكتئابي ، تم إخراجه من المستشفى ليبدأ في تأليف كتاب يكشف فيه عن الإساءات التي كان يتعرض لها المرضى النفسيون أثناء إقامتهم في المستشفى . إن ما أراده بيرز من ذلك هو إيجاد حركة شعبية تصحيحية لتلك الممارسات ، والتي بدأت بنشر كتابه "عقل وجد نفسه" (A Mind That Found Itself) عام 1908 ، انطلقت بعدها حركة الصحة النفسية في أمريكا .

في عام 1900 ، وقبل دخول بيرز إلى المستشفى بفترة قصيرة ، نشر فرويد كتابه "تفسير الأحلام" (The Interpretation of Dreams) ، وبهذا الحدث أصبحت حركة التحليل النفسي في أوجها . وبدأت مصطلحات مثل اللاشعور وعقدة أوديب والأنا بالانتشار ، وأصبحت فكرة الجنس ابتكاراً في فضاء علم النفس ولغة متداولة فيه .

لم تنجح أفكار فرويد بين يوم وليلة ، كما أن الاعتراف بها كان بطيئاً . إلا أن المتأثرين بتلك الأفكار بدؤوا في طرق بابه بالفعل . فقد بدأ ألفرد أدلر (Alfred Adler) وكارل يونج (Carl Jung) وغيرهما بمتابعة أفكاره والاهتمام بها . وكان فرويد قد بدأ بنشر بعض الكتب الأخرى ، فازدادت قائمة الذين تحولوا بأفكارهم صوب أفكار فرويد ، مثل أ. أ. بريل (Brill) ، بول فيديرن

(Federn) ، أوتو رانك (Rank) ، إيرنست جونز (Jones) ، ويليام ستيكيل (Stekel) ، ساندور فيرينزي (Ferenczi) ، وآخرون .

وسنشير في جزء لاحق من هذا الفصل إلى لايتنر ويتمر (Lightner Witmer) الذي أسس أول عيادة نفسية . ومن الإنجازات المهمة هنا أيضاً ؛ تأسيس ويليام هيلي (William Healy) لأول عيادة إرشادية للأطفال في شيكاغو عام 1909 ، تبني فيها أسلوب عمل الفريق ، الذي يضم الطبيب النفسي والأخصائي الاجتماعي والأخصائي النفسي .

ولقد وجه هؤلاء جهودهم إلى ما يُسمى اليوم بـ "جنوح الأحداث" ، بدلاً من مشكلات تعلم الأطفال التي كانت محور اهتمام ويتمر . كما تأثرت توجهات هيلي كثيراً بمفاهيم فرويد وأساليبه ، ولقد كان لمثل هذا التوجه أثره في دفع مسيرة العمل النفسي الإكلينيكي مع الأطفال نحو الاتجاه الدينامي لفرويد بدلاً من الاتجاه التعليمي .

وفي عام 1905 ، بدأ الطبيب الباطني جوزيف برات (Joseph Pratt) والأخصائي النفسي إلود وورشيسستير (Elwood Worcester) باستخدام أسلوب المناقشات الداعمة (Supportive Discussion) بين المرضى النفسيين المقيمين في المستشفيات . وكان ذلك طليعة ظهور أنواع مختلفة من أساليب العلاج الجماعي التي برزت في العشرينيات والثلاثينيات من القرن العشرين .

بين الحربين (1920-1939) Between the Wars

لقد كان التحليل النفسي في بداية القرن العشرين مكرساً لعلاج الراشدين ، وكانت ممارسته مقتصورة تقريباً على الذين درسوا الطب أساساً . لكن فرويد كان يرى أن المحللين النفسيين لا يحتاجون للتدريب الطبي . وبالرغم من اعتراضاته (Freud, 1926/1959) ، فقد زعمت المهنة الطبية أن لها حقوقاً حصريّة في استخدام العلاج بالتحليل النفسي ، وبذلك أصبح دخول الأخصائيين النفسيين لاحقاً إلى مجال العلاج النفسي أمراً صعباً للغاية .

ولقد كان دخول الأخصائيين النفسيين إلى النشاطات العلاجية في النهاية نتيجةً طبيعية لأعمالهم المبكرة مع الأطفال في العيادات الإرشادية . وفي البداية ، كان ذلك العمل مقتصرًا على تقييم القدرات العقلية للأطفال ، والذي شمل بالطبع تقديم استشارات للآباء والمدرسين . ولكن من الصعب فصل الأداء العقلي والنجاح المدرسي عن النواحي النفسية الأشمل للسلوك . ونتيجةً لذلك ، كان من الطبيعي أن يبدأ الأخصائيون النفسيون بإسداء النصائح وتقديم التوصيات ، والتي تتجاوز مجرد التحليل الضيق للقدرات .

وبينما كان الأخصائيون النفسيون يبحثون عن مبادئ نفسية يمكن لها أن تساعد في عملهم ، انتبهوا إلى أفكار فرويد وألفرد أدلر . وقد جذبتهم أعمال أدلر بالتحديد ، التي كانت أكثر حصة من أعمال فرويد . وبالإضافة إلى ذلك ، فقد بدأ وكان تركيز فرويد ينصب على البالغين وعلى الظروف الجنسية السابقة لحدوث مشكلاتهم . بينما لم يركز أدلر على دور الجنس في المخزون النفسي للفرد ، كما أن اهتمامه الذي اتجه نحو العلاقات الأسرية بدأ أكثر ملاءمة للأخصائيين الأميركيين المهتمين بالصحة النفسية . ومع بدايات الثلاثينيات ، كانت أفكار أدلر قد شقت طريقها بقوة نحو العيادات الإكلينيكية التي تتعامل مع مشكلات الأطفال .

كما ظهر تيار آخر أثر في العمل المبكر مع الأطفال ، وهو مستمد بشكل مباشر من المبادئ الأساسية التي جاء بها فرويد ؛ ألا وهو العلاج باللعب (play therapy) . والعلاج باللعب تقنية تعتمد بشكل أساسي على قدرات الشفاء المتمثلة بتحرير القلق أو العدوان من خلال اللعب التعبيري . وفي عام 1928 ، قامت آنا فرويد (Anna Freud) -ابنة سيجموند فرويد المتميزة- بوصف طريقة في العلاج باللعب ، مشتقة من مبادئ التحليل النفسي .

وقد بدأ العلاج الجمعي بجذب الاهتمام أيضاً . فمع حلول ثلاثينيات القرن العشرين ، كانت أعمال كل من ج . ل . مورينو (J.L.Moreno) وس . ر . سلافسون (S.R.Slavson) قد بدأت تترك أثرها . ومن الأمور الأخرى التي مهدت لظهور العلاج الجمعي آنذاك ؛ تقنية "العلاج السلبي" (passive therapy) التي وصفها فريدريك ألين (Frederick Allen) عام 1934 . وفي هذا الاتجاه ، يمكن للمرء أن يرى بعض البدايات التي حرّضت على ظهور ما يسمى بالعلاج المتمركز حول العميل . إلا أن الرياح كانت تحمل أحداثاً أخرى كذلك . ففي عام 1920 ، وصف واطسون حالة ألبرت الشهيرة مع الجرذ الأبيض ، والتي تم فيها تعليم الطفل ألبرت -بطريقة إشرافية- الخوف شبه العصائبي من الأشياء البيضاء ذات الفرو (Watson&Rayner,1920) . وبعد ذلك بسنوات قليلة ، جاءت ماري كوفر جونز (Mary Cover Jones,1924) لتبين كيف يمكن إزالة مثل هذه المخاوف بطريقة إشرافية أيضاً . وبعد ذلك ، قام ج . ليفي (J.Levy,1938) بوصف "العلاج بالعلاقات" (relationship therapy) . وقد شكلت هذه الأحداث الثلاثة أساساً لظهور العلاج السلوكي (behavior therapy) ، الذي يشمل مجموعة من الأساليب العلاجية شائعة الاستخدام في يومنا هذا .

لم تتطلب الحرب العالمية الثانية أعداداً هائلة من الرجال فقط ، بل ساهمت كذلك في حدوث مشكلات نفسية وتطوير صعوبات انفعالية لدى العديد منهم . وقد كان عدد الأطباء العسكريين والأطباء النفسيين قليلاً جداً آنذاك ، وغير قادر على تدبّر الانتشار الواسع السريع لتلك المشكلات . ونتيجة لذلك ، بدأ الأخصائيون النفسيون في سد هذه الثغرة . في البداية ، كان دور الأخصائيين النفسيين ثانوياً ، وكان يشمل العلاج الجمعي غالباً ، إلا أنهم بدؤوا بتقديم العلاج الفردي بشكل متزايد ، وكان أداؤهم جيداً في تحقيق الأهداف قصيرة الأمد المتمثلة بإعادة الرجال إلى المعركة ، وكذلك الأهداف طويلة الأمد في إعادة تأهيلهم لاحقاً . ولقد كان لنجاح الأخصائيين النفسيين في القيام بتلك النشاطات ، ولمهاراتهم في البحث وتطبيق الاختبارات أكبر الأثر في زيادة قبولهم تدريجياً كمهنيين عاملين في ميدان الصحة النفسية .

ولقد أدت تلك الخبرة أثناء الحرب إلى فتح شهية الأخصائيين النفسيين لتولي مسؤوليات أكبر في مجال الصحة النفسية . ومن غير الواضح ما إذا كان تركيز الأخصائيين الإكلينيكين المتزايد على العلاج النفسي ناجماً عن رغبتهم في تولي مسؤوليات مهنية أكبر ، أم أنه كان ناجماً عن حيازتهم للمهارات اللازمة لأداء مهمات الصحة النفسية ، أم عن عدم رضاهم عن العمل التشخيصي الأولي ، أم أن الأمر كان نتيجة لهذه الأسباب الثلاثة مجتمعة؟! على أية حال ، فقد حدث ما حدث .

هناك عامل إضافي آخر ساهم في هذه السلسلة من الأحداث ، والذي نجم عن ذلك الصخب الذي شهدته أوروبا في ثلاثينيات القرن العشرين . فضغوط الحكم النازي أجبرت العديد من الأطباء النفسيين والأخصائيين النفسيين على مغادرة أوطانهم ، فاستقر العديد منهم في الولايات المتحدة الأمريكية . ومن خلال اللقاءات المهنية والمحاضرات وغيرها من الاجتماعات ، لقيت أفكار حركة فرويد حماساً كبيراً ، وتزايد اعتناقها في أوساط علم النفس . ونتيجة لذلك ، وإلى حد ما ، بدأ الأخصائيون الإكلينيكيون بتقليص اهتمامهم بتقييم الذكاء واختبار القدرات وقياس الأداء المعرفي ، وأصبحوا أكثر اهتماماً بتطور الشخصية ووصفها .

ومع تراجع أهمية قياس الذكاء ، أصبح العلاج النفسي ونظرية الشخصية محطاً للأنظار ، والتي كانت في معظمها ذات صبغة تحليلية . وفي عام 1946 ، قام ألكساندر وفرينش (Alexander & French) بنشر كتاب حول العلاج التحليلي المختصر ، كان له أثره الكبير فيما بعد . من ناحية أخرى ، قام جون دولارد (John Dollard) ونيل ميلر (Neal Miller) عام 1950

بنشر كتابهما "الشخصية والعلاج النفسي" (Personality and Psychotherapy) ، وهو محاولة بسيطة لترجمة مفاهيم فرويد في التحليل النفسي إلى لغة نظرية التعلم . وبالفعل ، فقد كانت نظرية التحليل النفسي قوةً مهيمنةً في الوقت الذي نشر فيه كارل روجرز كتابه "العلاج المتمركز حول العميل" (Client-Centered Therapy) عام 1951 ، والذي كان في ذلك الحين أول بديل أساسي للعلاج بالتحليل النفسي . ولقد اعتُبر كتاب روجرز هذا تطوراً هاماً لترددت أصداؤه في عالم البحث والعلاج النفسي .

هذا ، وقد ازدهرت أشكال أخرى حديثة من العلاج النفسي أيضاً . فقد قدم بيرلز (Perls) مثلاً العلاج الجشطلتي (Perls, Hefferline, & Goodman, 1951) ، وتحدث فرانكل (Frankl, 1953) عن علاج المعنى وعلاقته بالنظرية الوجودية . كما قام أكيرمان (Ackerman) عام 1958 بوصف العلاج الأسري ، وقام إليس (Ellis) عام 1962 بشرح العلاج العقلاني-الانفعالي . وفي الوقت نفسه تقريباً ، ظهر التحليل التبادلي (Transactional Analysis (AT)) على يد بيرن (Berne, 1961) . وأصبح العلاج النفسي بالفعل صناعةً نامية . وليس من دليل يبين أهمية العلاج النفسي في حياة الأخصائيين الإكلينكيين المهنية ، أفضل من ذلك النقد الذي وجهه أيزنك (Eysenck, 1952) للعلاج النفسي . فقد كان تقريره اللاذع حول عدم فعالية العلاج النفسي بمثابة الناقوس الذي أنذر الكثيرين ، وألهم آخرين غيرهم للقيام بأبحاثٍ تدحض مزاعمه هذه .

على أية حال ، لم يكن العلاج النفسي هو القصة بأكملها . فقد بدأ السلوكيون بتطوير ما يعتبرونه نوعاً "أكثر واقعية" من العلاج النفسي . وقد وضع أندرو سالتر (Andrew Salter, 1949) كتابه "العلاج بالانعكاس الإشرافي" (Conditioned Reflex Therapy) ، وهو كتاب رائد في مجال تطور لاحقاً إلى ما سُمي بأساليب تقليل الحساسية (desensitization methods) . وفي عام 1953 ، وسَّع ب . ف . سكينر (B.F. Skinner) من العلاج السلوكي عندما بيّن كيفية تطبيق المبادئ الإجرائية في التدخلات العلاجية والاجتماعية . وبعد ذلك ، في عام 1958 ، أدخل جوزيف وولبي (Joseph Wolpe) أسلوب تقليل الحساسية التدريجي ، وهو تقنية مبنية على أساس مبادئ الإشراف ، وأصبحت الحركة السلوكية الآن أكثر رسوخاً من أي وقت مضى . كما وأرسى ألبرت باندورا (Albert Bandura, 1969) قواعد الحركة المعرفية-السلوكية ، من خلال توضيحه لإمكانية تعديل السلوك عن طريق ملاحظة الآخرين أو ما اشتهر بالنمذجة .

وبينما كان العلاج التحليلي والسيكودينامي مهيمناً في الماضي ، أصبح العلاج السلوكي يحظى بشعبية كبيرة بين الأخصائيين الإكلينكيين . وقد كانت جاذبيته تنبع من التركيز على السلوك الملاحظ (والممكن قياسه) ، وقصر المدة التي يتطلبها العلاج ، والتركيز على التقييم التجريبي

لنتائج العلاج . كما ساعد العلاج السلوكي على تحفيز البحث في العلاج النفسي . ونرى اليوم كثيراً من الباحثين والممارسين الذين يستخدمون الأساليب التجريبية في دراسة فاعلية التقنيات العلاجية المختلفة .

وهناك مجموعة من التوجهات الأخرى في مجال التدخل العلاجي ، التي تستحق الذكر هنا . أولها ، تلك الزيادة الهائلة في عدد المعالجات التي استخدمها الأخصائيون الإكلينيكيون على مدى السنين ، والتي تتراوح من مناح معرفية-سلوكية مدعمة تجريبياً ، إلى مناح "رائجة" ، مثل علاج الطفل الكامن (inner-child therapy) ، لكنها لا تحظى بالدعم التجريبي . ولقد قدر البعض أن عدد التدخلات العلاجية المتاحة يزيد عن 400 علاج . ولحسن الحظ ، فليست كل هذه المعالجات وليدة الساعة ، والعديد منها يتمتع بالدعم التجريبي . ونتيجة لهذا العدد المذهل من التوجهات والخيارات أو البدائل العلاجية ، أصبح بعض الأخصائيين النفسيين يصفون أنفسهم بـ "الانتقائيين" (eclectics) . إذ يقوم هؤلاء الإكلينيكيون بتوظيف تقنيات من عدة توجهات نظرية ، وذلك بناءً على طبيعة المشكلة التي يصفها العميل أو المريض . وفي الوقت نفسه ، أخذ العديد من الأخصائيين الإكلينيكيين يهتمون بدمج توجهات متعددة ضمن نموذج علاجي واحد ، والتعرف على العوامل المشتركة بين التوجهات العلاجية المختلفة (J.D.Frank, 1971) .

ثانياً ، أصبح العلاج المختصر أو الفعال زمنياً (brief or time-effective therapy) (Budman&Gurman, 1988) أسلوباً مفضلاً في التدخل العلاجي النفسي لعدة أسباب ؛ فالعديد من الأشخاص لا يمكنهم تحمل كلفة سنوات طويلة من العلاج النفسي . وقد أظهرت الأشكال العلاجية المختصرة فعالية علاجية تساوي - إن لم تتفوق على - فعالية العلاج النفسي التقليدي . إضافة إلى ذلك ، فإن أنظمة إدارة الرعاية الصحية التي تتحكم في التعويضات المقدمة للعلاج النفسي لا ترغب في تعويض الأخصائيين الإكلينيكيين عن جلسات يفوق عددها عدد أصابع اليد . ومع تطور الأشكال المختصرة من العلاج النفسي ، تم إدخال أشكال علاجية على هيئة دليل علاجي (manualized forms of treatment) إلى العمل الإكلينيكي (e.g., Beck, 1979; Strupp&Binder, 1984) . وتعتبر هذه الأدلة مفيدة للأخصائيين الإكلينيكيين ؛ لأنها تحدد أهداف العلاج لكل جلسة ، وتبين التقنيات التي ينبغي استخدامها ، كما أنها تمكن الأخصائي عادةً من تطبيق "الرمزة" العلاجية والانتهاء منها في غضون 10 جلسات إلى 15 جلسة ، أو ربما أقل . إضافة إلى أنها تساعد الباحث في سعيه إلى تحديد مدى فعالية التدخلات العلاجية أو تأثيرها . وفي الوقت الحالي ، تتوافر أدلة علاجية حول عدة مشكلات نفسية ، بما فيها الاكتئاب واضطرابات القلق واضطرابات الشخصية . وسيتم توضيح العديد من هذه المعالجات في هذا الكتاب .

ثالثاً ، ومع حلول الخمسينيات من القرن المنصرم ، بدأ بعض الإكلينيكيين بالتححرر من أساليب العلاج الفردية ، التي تتعامل مع كل مريض على حدة (أو حتى العلاج الجمعي الذي قد يأخذ 10 مرضى في وقت واحد) ، وراحوا يبحثون عن منحى "وقائي" للتدخل . وقد تمخض سعيهم هذا عن ظهور علم النفس المجتمعي (community psychology) في الستينيات ، وعلم نفس الصحي (health psychology) في الثمانينيات من القرن العشرين . ونتيجة لذلك ، تزايد عدد الإكلينيكيين الذين يقدمون خدمات تتعلق بالوقاية من المشكلات الصحية ، ومشكلات الصحة النفسية ، والإصابات . ويرتبط العهد الوقائي بعلم نفس الصحي ، والذي سيلقى مزيداً من الاهتمام في السنوات القادمة ، وذلك مع ازدياد الطلب على علم النفس من قبل أطباء الرعاية الأولية ومؤسسات إدارة الرعاية الصحية .

وأخيراً ، فقد أخذت قوائم المعالجات المدعومة تجريبياً بالانتشار بين الأخصائيين الإكلينيكيين بدءاً من عام 1995 (مثل : الهيئة الخاصة بتطوير الأساليب والإجراءات النفسية ونشرها - Procedures, 1995 Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological) . وقد بينت القائمة الأصلية والقوائم المعدلة اللاحقة عدداً من التدخلات العلاجية المتعلقة بمشكلات إكلينيكية شائعة ، والتي نالت دعماً تجريبياً من قبل دراسات متعددة حول نتائج العلاج . هذا ، وسنناقش العديد من هذه التدخلات في فصول لاحقة .

كما ظهر مؤخراً حدثان مهمان سيؤثران بالتأكيد على مجال التدخل العلاجي في علم النفس الإكلينيكي . وبالرغم من أننا سنناقش هذين الحدثين في الفصل التالي ، إلا أنه يجدر بنا الإشارة إليهما هنا . أولهما قيام الرابطة النفسية الأميركية (APA) عام 1995 بالمصادقة رسمياً على السعي نحو الحصول على امتيازات وصف الأدوية لعلماء النفس . وثانيهما ، عام 2002 ، أصبحت نيومكسيكو أول ولاية أميركية تسنّ قانوناً يخول الأخصائيين النفسيين المؤهلين والمدربين جيداً ، بوصف الأدوية النفسية للمرضى . ووفقاً للأنباء ، فقد تحذو حذوها ولايات عديدة . وعليه ، يبدو من المعقول ألا يعود دور الأخصائي الإكلينيكي مقتصرًا على "العلاج بالكلام" مستقبلاً ، ومن الأرجح أن يقوم الأخصائي الممارس بإنهاء تدريبه اللازم لكي يحصل على امتياز منح الأدوية في ممارسه لاحقاً .

وسيجد القارئ ملخصاً لهذه الأحداث التاريخية ، يوضحه الخط الزمني للأحداث المهمة في مجال التدخل العلاجي .

قائمة زمنية: أحداث مهمة في مجال التدخل العلاجي

1793

دعوات بيللر لانتباه الإنسانية إلى صعوبات قسوة فرنسا

1848

تصبح أولي بيكون بالاضطلاع بإنشاء مركز أبحاث للمرضى النفسيين في بوزيوس

1895

يعلن برونو باوروت كتابها "تألمة أم قوميات"

1900

يعلن فرانسوا كلاف "مفسر لإعلام"

1908

يعلن للظهور برز حركة فنية جديدة

1909

يؤسس إميل جاكمان "المركز للأطفال في شيكاغو"

1926

تصنف "القسوة" و"القسوة" في "القسوة"

1932

يعلن موريسو "المركز العلاجي"

1950

يؤسس ويليام جيلر "المركز العلاجي" و"المركز العلاجي"

1951

يعلن روبرت شال "المركز العلاجي" و"المركز العلاجي"

1952

يعلن "المركز العلاجي" و"المركز العلاجي"

1953

يعلن "المركز العلاجي" و"المركز العلاجي"

1954

يعلن "المركز العلاجي" و"المركز العلاجي"

1965

يعلن "المركز العلاجي" و"المركز العلاجي"

1980 (المانشيت)

يعلن "المركز العلاجي" و"المركز العلاجي"

يعلن "المركز العلاجي" و"المركز العلاجي"

1990 (المانشيت)

يعلن "المركز العلاجي" و"المركز العلاجي"

1995

يعلن "المركز العلاجي" و"المركز العلاجي"

2000 1950 1900 1850 1800

البدايات (1850-1899) The Beginnings

يدين البحث الأكاديمي في علم النفس بكثير من الفضل لرجلين ؛ هما الألماني ويليام فونت الذي ينسب إليه الفضل في تأسيس أول مختبر نفسي رسمي في ليبزيغ (Leipzig) عام 1879 ، والأميركي ويليام جيمس ، الذي قام في العقد نفسه بتأسيس مختبره أيضاً ، ونشر كتابه الكلاسيكي "مبادئ علم النفس" (Principles of Psychology) عام 1890 . فجسدت أعمالهما هذه التقليد العلمي الدراسي ، كما أثرا بشكل واضح على تطوير نموذج العالم-الممارس الذي خدم مجال علم النفس الإكلينيكي لسنوات عديدة .

بدايات الحقبة الحديثة (1900-1919) The Advent of the Modern Era

في هذه الفترة بدأ إيفان بافلوف (Pavlov Ivan) محاضراته حول الانعكاس الشرطي (conditioned reflex) ، وقد تركت أعماله في الإشرط إرثاً هاماً لعلم النفس الإكلينيكي ، وأصبحت فكرته حول الإشرط الكلاسيكي جزءاً أساسياً من النظرية والبحث في علم النفس ، كما أنها لعبت دوراً هاماً في العديد من الأساليب العلاجية . ومن التطورات المهمة أيضاً ظهور الأبحاث في مجال اختبارات الذكاء . ففي عام 1905 ، قام بينيه وسايون بتقديم دليل على صدق اختبارهما الجديد . كما ظهرت عام 1916 أبحاث تيرمان حول اختبار بينيه-سايون . وقد كانت هذه أيضاً هي الفترة التي تم فيها تطوير اختباري ألفا وبيتا للجيش ، واللذين أشرنا إليهما سابقاً .

بين الحربين (1920-1939) Between the Wars

في هذه الفترة ، كان البحث الإكلينيكي ما يزال في بدايات نموه . والكثير من الأعمال التي أنجزت هنا ونستحق الذكر هي تلك التي تقع ضمن مجال تطوير الاختبارات ؛ حيث نُشر اختبار وكسلر-بلفيو عام 1939 ، بالإضافة إلى جميع اختبارات الشخصية التي نُشرت في الثلاثينات . أما من حيث البحث الأكاديمي ، فقد برز كلا التوجهين السلوكي والجشطلتي ، حيث قامت المدرسة السلوكية بتعليم الإكلينيكين حول مدى قوة الإشرط في تطوير الاضطرابات السلوكية ومعالجتها .

كما ركز علم النفس الجشطلتي على أهمية فهم الكيفية التي تسهم بها إدراكات المريض في حدوث الاضطراب لديه .

مع منتصف الستينيات ، فقدَ التشخيص والتقييم بعضاً من أهميتهما بالنسبة للعديد من الإكلينيكين . لكن التنبؤ بذلك لم يكن ممكناً في الخمسينيات . إذ كانت الدوريات العلمية مملأة بالدراسات التي تتعلق باختبارات الذكاء وتقييم الشخصية . وتناولت هذه الدراسات ، الواحدة تلو الأخرى ، جوانب مختلفة من مقياسي ستانفورد-بينيه ووكسلر ، فظهرت موجات متتابعة من الدراسات حول صدقهما وثباتهما ، وحول استخدامهما مع الفئات التشخيصية المختلفة ، وأبعادهما في مجال دراسة الشخصية . وكان هذا شأن الاختبارات الإسقاطية أيضاً ، فقد نُشرت آلاف الدراسات التي تناولت اختبار الرورشاخ وتفهم الموضوع (TAT) ، حيث ركز العديد منها أيضاً على مسألتي الصدق والثبات . ولعل جزءاً من التراجع اللاحق في استخدام الاختبارات الإسقاطية يعزى -في نظر بعض المراقبين- إلى النتائج السلبية للدراسات التي تناولت صدق هذه الاختبارات آنذاك .

والتطور المهم الآخر الذي ظهر في مجال البحث في تلك الفترة ، يتمثل بظهور الدراسات التي تناولت عمليات العلاج النفسي وتأثيرها . وكما ذكرنا سابقاً ، فقد كان لنقد آيزنك أثره في جعل الإكلينيكين يتدافعون من أجل دعم صورة العلاج النفسي بالأدلة العلمية الراسخة . وكارل روجرز (Carl Rogers, 1951) من الرواد الحقيقيين في هذا المجال ، فاستخدامه للتسجيل في دراسة عملية العلاج أدى إلى فتح النوافذ على نشاط طالما كان محاطاً بالغموض . وقد استطاع روجرز ودایموند (Rogers & Dymond, 1954) الوصول إلى نتائج أبحاث تجريبية مضبوطة حول حالات تمت دراستها قبل العلاج وبعده .

ومن المعالم الأخرى للبحث في هذا المجال ، ظهور كتاب جوليان روتر (Julian Rotter) عام 1954 ، وهو : التعلم الاجتماعي وعلم النفس الإكلينيكي (Social Learning and Clinical Psychology) . ولم يقدّم هذا الكتاب نظرية في التعلم الاجتماعي فقط ، وإنما قدم كذلك عرضاً لسلسلة من الدراسات المحكمة التي شكّلت أساساً تجريبياً لنظريته ، بالإضافة إلى ما تضمنه من أبحاث حول دور هذه النظرية في مجال التقييم والعلاج . وبهذا العمل ، استطاع روتر أن يضع أساساً متيناً ، بنى عليه المنظرون اللاحقون أعمالهم في مجال التعلم الاجتماعي .

وقد شهدت الخمسينيات أيضاً بدايات جلية وواضحة لأنواع من التدخل العلاجي ذات المنحى السلوكي . فقد اقتنع جوزيف وولبي ، من خلال أبحاثه على التعلم لدى الإنسان والحيوان في جنوب أفريقيا ، بأن لعمله هذا أبعاده ودلالاته بالنسبة لمشكلات الإنسان . وقد قاده هذا إلى تطوير

أسلوب تقليل الحساسية التدريجي (systematic desensitization) (Wolpe, 1958). وهذه الطريقة السلوكية لا تعتمد على الاستبصار الذي يعتبره التحليليون أمراً ضرورياً، ولا على إمكانات النمو التي تهتم بها مدرسة العلاج المتمركز حول العميل. وقد ساعد أرنولد لازاروس (Arnold Lazarus) وستانلي راتشمان (Stanly Rachman) أيضاً على تمهيد الطريق لهذه الحركة. ويعد هانز آيزنك (Hanz Eysenck) من الرموز الأخرى التي أثرت في حركة البحث السلوكي، إذ وضع مصطلح "العلاج السلوكي" وألف كتاباً مهماً في هذا الموضوع عام 1960م.

وكما ذكرنا سابقاً، فمع بداية الخمسينيات، ظهرت تساؤلات وشكوك حول فاعلية العلاج النفسي. إلا أن ماري سميث (Mary Smith) وجين جلاس (Gene Glass) قاما عام 1977 بنشر نتائج استفتاءتهما، والتي تدعم فاعلية العلاج النفسي. فكان أن شكّل هذا العمل أساساً لسلسلة من الدراسات التي ساعدت على فهم الطرق التي تؤثر بها أساليب العلاج على المريض. وكما نوهنا، فما يزال البحث في مجال العلاج النفسي مستمراً في النمو حتى يومنا هذا.

ومن مجالات البحث الأخرى التي تنامت بشكل هائل، البحث في التشخيص والتصنيف، وكذلك في الاختبارات والمقاييس النفسية. ولقد كان نشر الدليل التشخيصي (DSM-III) (American Psychiatric Association, 1980) بمثابة الحافز لظهور الأبحاث التي هدفت إلى تقييم الثبات والصدق والجدوى التي تتسم بها المحكات المستخدمة في تصنيف الاضطرابات النفسية التي يشملها هذا الدليل. وقد نشرت دوريات الطب النفسي ودوريات علم النفس أيضاً العديد من الدراسات حول محكات الأعراض المتلازمة في الدليل التشخيصي (DSM-III)؛ مثل الفصام والاكتئاب واضطراب الشخصية المعادية للمجتمع. بالإضافة إلى ذلك، بدأ عدد أكبر من الأخصائيين الإكلينكيين بإجراء أبحاث هدفت إلى التعرف على العوامل الإتيولوجية (الأسباب المرضية) التي ترتبط بتطور الاضطرابات النفسية المختلفة. وقد تراوحت العوامل التي خضعت للدراسة من العوامل التي تتعلق بالاستعدادات الوراثية، إلى أحداثٍ كانت قد شكلت صدمة في مرحلة الطفولة، كالإساءة الجسدية أو الجنسية.

كما تزايدت الأبحاث المنشورة حول قوائم الشخصية والمقابلات ومقاييس التقدير النفسية. ومع ازدهار حركة تطوير الأدوات النفسية المتاحة للباحثين والإكلينكيين، ظهرت الحاجة إلى تقييم صلتها وثباتها تجريبياً. ومن المؤشرات على نمو هذا المجال في البحث "انقسام" دورية أساسية في علم النفس الإكلينكي، هي مجلة علم النفس الاستشاري والإكلينكي (Journal of Consulting and Clinical Psychology-JCCP) إلى قسمين؛ فظهرت إلى جانب هذه الدورية دورية أخرى تدعى التقييم النفسي (Psychological Assessment)، لتصبح المنفذ

الأساسي للأبحاث المتعلقة بالمقاييس والاختبارات النفسية التي يستخدمها الأخصائيون الإكلينيكيون . ومع ذلك ، فمن المهم أن نشير إلى أن أبحاث الأخصائيين الإكلينيكين تُنشر في العديد من الدوريات العلمية الأخرى . وفيما يلي قائمة تبين سلسلة من الدوريات التي تنشر الأبحاث المهمة في هذا المجال :

| | |
|--|--------------------------------------|
| Journal of Consulting and Clinical Psychology | مجلة علم النفس الاستشاري والإكلينيكي |
| Psychological Assessment | التقييم النفسي |
| Clinical Psychology: Science and Practice | علم النفس الإكلينيكي : علم وممارسة |
| Journal of Abnormal Psychology | مجلة علم نفس الشواذ |
| Psychological Bulletin | التقرير النفسي |
| Behavior Therapy | العلاج السلوكي |
| Psychological Science | العلوم النفسية |
| American Journal of Psychiatry | المجلة الأميركية للطب النفسي |
| Archives of General Psychiatry | أرشيف الطب النفسي العام |
| Professional Psychology: Research and Practice | علم النفس المهني : البحث والممارسة |
| Clinical Psychology Review | مراجعات في علم النفس الإكلينيكي |

وأخيراً ، فقد شهد عقد التسعينيات ازدياداً في اهتمام الإكلينيكين بميدان الوراثة السلوكية (behavioral genetics) ، وهو أحد مجالات البحث التي تدرس العوامل الجينية والبيئية من حيث أثرها في تطور السلوك . وقد بحث علماء الوراثة السلوكية في تأثير هذه العوامل على مدى واسع من السلوكيات والفروق الفردية ، التي تشمل الذكاء والشخصية والاضطرابات النفسية . وسنتعرض لهذا المجال المهم في فصول لاحقة .



ولأن البحث العلمي يعد جزءاً مهماً من علم النفس الإكلينيكي ، فسنتناقش في هذا الكتاب مناهج البحث وبعض مجالات اهتمامه ، والإطار التاريخي للبحث في هذه المجالات . والخط الزمني للأحداث المهمة في البحث يوضح العديد من الأحداث البارزة في البحث .

المهنة *The Profession*

البدايات (1850-1899) *The Beginnings*

مع اقتراب نهاية القرن التاسع عشر ، ظهر حدثان مهمان ساهما في تطور علم النفس الإكلينيكي مهنيًا ، أولهما كان تأسيس الرابطة النفسية الأميركية (APA) عام 1892 ، وتنصيب ج . ستانلي هول (G. Stanly Hall) أول رئيس لها . وبالرغم من أن عدد أعضاء الرابطة لم يتجاوز المئة بانتهاء ذلك القرن ، إلا أن المهنة كانت قد بدأت بالفعل .

ولم يكن ميلاد علم النفس الإكلينيكي متأخراً كثيراً عن ذلك الحين . ففي عام 1896 ، أسس لاينر ويتمر (Lightner Witmer) أول عيادة نفسية في جامعة بنسلفانيا . وكثيرون هم الذين يؤرخون البداية الفعلية لعلم النفس الإكلينيكي بهذه الفترة (McReynolds, 1996) .

وقد كُرسَت عيادة ويتمر لعلاج الأطفال الذين يواجهون صعوبات في التعلم ، أو الذين يبدون سلوكاً مشاكساً في المدرسة . وفي العدد الأول من مجلة العيادة النفسية (The Psychological Clinic) عام 1907 ، كتب ويتمر ما يلي :

لقد تم إحضار الأطفال إلى المختبر من المدارس الحكومية في فيلادلفيا والمناطق المجاورة لها ، من قبل الآباء أو المدرسين . إذ كان هؤلاء الأطفال يشيرون الانتباه لعدم قدرتهم على التقدم في الدراسة كغيرهم من الأطفال ، أو لوجود عيب أخلاقي يجعل تعليمهم ظل النظام التربوي العادي أمراً صعباً .

وعند إحضارهم إلى العيادة النفسية ، يخضع هؤلاء الأطفال للفحص الجسدي والعقلي . وإذا كانت النتائج إيجابية يتم إرسالهم إلى مختص بالعين أو بالأذن ، أو بالأنف والحنجرة ، أو بالاضطرابات العصبية ، أو جميعها معاً وفق متطلبات الحالة . وتعد نتائج هذا الفحص الطبي والنفسي المشترك تشخيصاً لحالة الطفل العقلية والجسدية ، وتوصية بالمعالجة الطبية والتربوية الملائمة (Witmer, 1907, p.1) .

هذا وبعد تأثير ويتمر في ميدان علم النفس الإكلينيكي تأثيراً تاريخياً أكثر منه جوهرياً ، وذلك من عدة نواح ؛ فقد ساهم في وضع المهنة على بداية الطريق ، لكنه في الواقع لم يُصِفْ إلا القليل

على مستوى النظريات والأساليب الجديدة . ولقد كان هو الذي أطلق على هذا الميدان اسم "علم النفس الإكلينيكي" ، وأول من درّس مساقات جامعية مختصة في علم النفس الإكلينيكي . إضافة إلى ذلك ، فقد أسس ويتمر أول مجلة دورية في علم النفس الإكلينيكي عام 1907 ، وهي مجلة العبادة النفسية ؛ المجلة التي حررها وزودها بالمقالات حتى توقفت عن النشر عام 1935 . وبالرغم من أن الطريقة التي يؤدي الأخصائيون الإكلينيكيون بها أعمالهم اليوم لم تتأثر كثيراً بجهود ويتمر ، إلا أن حقيقة قيامهم بهذه الأعمال أصلاً تعود في جزء كبير منها إلى جهوده وبصيرته ونظرته الثاقبة (McReynolds, 1987, 1996) . ويلخص لنا التوضيح 2-1 إسهامات ويتمر الأولية في هذا المجال .

بدايات الحقبة الحديثة (1900-1919) The Advent of the Modern Era

في العقد الأول من القرن العشرين ، لم يكن هنالك سوى عدد قليل من الأخصائيين النفسيين الذين يعملون خارج الجامعات . وفي عام 1906 ، بدأ مورتون پرينس (Morton Prince) بنشر مجلة علم نفس الشواذ (Journal of Abnormal Psychology) ، كما بدأ ويتمر عام 1907 بنشر مجلة العبادة النفسية . ومع ظهور هاتين المجلتين المستقلتين ، أصبح بإمكان الإكلينيكيين التطبيقيين البدء في تشكيل هويتهم الخاصة . وقد تعززت هذه الهوية عندما قام هيلي (Healy) بتأسيس معهد تأهيل السيكوپاثيين (Psychopathic Institute) للأحداث في شيكاغو عام 1909 . كما كانت عيادة أيوا النفسية قد بدأت عملها عام 1908 ، وهو العام الذي بدأ فيه جودارد (Goddard) بتوفير الإقامة النفسية في مدرسة فينلاند للتدريب (Vineland Training School) في نيوجيرسي . وبالتالي ، ومن خلال مجلاتها وعياداتها وبرامجها التدريبية ، فقد بدأت مهنة علم النفس الإكلينيكي تأخذ شكلها .

وبحلول عام 1910 ، كان هنالك 222 عضواً في الرابطة النفسية الأميركية (APA) يدفع الواحد منهم دولاراً واحداً فقط كمستحقات سنوية (في عام 2003 ، وصلت مستحقات العضوية إلى 236 دولاراً ، إضافة إلى 110 دولارات كرسوم تقييم خارجية لأغراض ترخيص الأخصائيين النفسيين العاملين في الرعاية الصحية!) . على أية حال ، كان اهتمام الرابطة منصباً على علم النفس كعلم لا كمهنة . وفي الوقت نفسه ، كانت المدارس العامة آنذاك قد بدأت تطالب بخدمات الاختبارات ، فأخذت الجامعات تستجيب لذلك بتدريس مساقات في الاختبارات ودراسة ذوي الصعوبات المعرفية . أخيراً ، وفي عام 1919 ، تأسست أول شعبة لعلم النفس الإكلينيكي في الرابطة النفسية الأميركية (APA) ، كما تزايد في الوقت نفسه عدد العيادات الإكلينيكية التي تم تأسيسها (مثل المنظمة التي أنشأها هيلي (Healy) عام 1917 في مؤسسة القاضي بيكر في

بوسطن). على كل حال ، فقد ساهمت الحرب العالمية الأولى ونمو حركة الاختبارات الجماعية في تحفيز تطور هذه المهنة الجديدة .

بين الحربين (1920-1939) Between the Wars

لقد أعلنت الرابطة النفسية الأميركية (APA) منذ زمن بأن مهمتها هي السير بعلم النفس قدماً في طريق العلم . ومع نهايات العشرينيات من القرن العشرين ، أصبح العديد من الأخصائيين النفسيين من ذوي التوجهات الإكلينيكية قلقين ، ويسعون بشكل متزايد للحصول على الاعتراف بأدوارهم المميزة وباهتماماتهم من قبل الرابطة . وقامت الشعبة الإكلينيكية التابعة للرابطة النفسية الأميركية (APA) عام 1931 بتشكيل لجنة معايير التدريب في الرابطة النفسية الأميركية (APA Committee on Standards of Training) . وفي عام 1935 ، قامت هذه اللجنة بتعريف علم النفس الإكلينيكي على أنه "ذلك الفن (والتقنية) الذي يتعامل مع مشكلات التكيف لدى الإنسان" (Reisman, 1976, p.250) . وما من شك أن العديد من الإكلينيكين -حتى في يومنا هذا- ليست لديهم أية مأخذ على هذا التعريف .

وفي عام 1936 ، نشر لوتيت (Louttit) أول كتاب في علم النفس الإكلينيكي ، كما تم عام 1937 تأسيس مجلة علم النفس الاستشاري (Journal of Consulting Psychology) ، والتي ما تزال تصدر في الوقت الحاضر باسم مجلة علم النفس الاستشاري والإكلينيكي (JCCP) ، وتعد منبراً أساسياً لنشر أبحاث العديد من الإكلينيكين . وقد ساهمت مثل هذه الأحداث في الانطلاقة الحقيقية لمهنة علم النفس الإكلينيكي . وبما ساعد على تطور هذا المجال أيضاً توافر الأرباح المالية التي أصبحت تجنيها الاختبارات النفسية . الأمر الذي حدا بجيمس ماك-كين كاتيل (James McKeen Cattell) عام 1921 إلى إنشاء المؤسسة النفسية (Psychological Corporation) ، التي تُعنى بتطوير الاختبارات النفسية وتسويقها (خاصة تلك الاختبارات المتعلقة بالصناعة) . واستُخدم ريعها لتشجيع البحث النفسي ، وبالتالي فقد بدأ المال بالتدفق . وعلى سبيل المثال ، فالهدية التي بلغت 75 ألف دولار والتي قُدمت إلى مورتون برينس (Morton Prince) ساعدت على تأسيس عيادة هارفرد النفسية عام 1927 . ومع ذلك ، فإن أخصائي اليوم يختلف عن أخصائي الأمس في العديد من النشاطات ومجالات التدريب في علم النفس الإكلينيكي .

الحرب العالمية الثانية وما بعدها (1940-1969) World War II and Beyond

لقد كان لاستيعاب الجيش الأميركي لتلك الأعداد الهائلة من الجنود في بداية الأربعينيات من القرن المنصرم أثره في خلق العديد من الاحتياجات والمتطلبات . ومن هذه المتطلبات الحاجة إلى برنامج تقييم أولي شامل لاستبعاد أولئك الذين لا يصلحون للخدمة في الجيش . وقد كان

الأخصائيون الإكلينيكيون قد بدؤوا بالفعل في تطوير المبادئ الأولية لتقنيات الاختبارات التي يمكنها أن تساعد على القيام بهذه المهمة ، إضافةً إلى خبرتهم في أساليب البحث . ولعل هذه المهارات هي التي ميزت الأخصائيين الإكلينكيين عن زملائهم من الأطباء النفسيين ؛ فقد ساهمت تقنياتهم هذه وتوجهاتهم البحثية في تأسيس هويتهم المهنية . إذ خدم أكثر من 1700 أخصائي نفسي في الحرب العالمية الثانية ، وحين عودتهم إلى الحياة المدنية كانوا على ثقة أكبر بقدراتهم ، ومصممين على بناء مهنتهم وتطويرها .

لقد كان لكل هذا تأثيره في الضغط على الحكومة الفدرالية في الولايات المتحدة للتصدي لمشكلات الصحة النفسية الناجمة عن الحرب العالمية الثانية ، وتحملت إدارة العسكريين القدامى (Veterans Administration -VA) عبء تقديم الرعاية وإعادة التأهيل للألوف المؤلفة من الرجال والنساء الذين عانوا من شكل أو آخر من أشكال الصدمات النفسية جراء خدمتهم العسكرية . وما كان بإمكان هذه الإدارة أن تحقق هذه المهمة وأن تتدبر تزايد أعداد المرضى الذين تدفقوا إلى عياداتها ومستشفياتها لولا زيادة أعداد المختصين بالصحة النفسية بصورة ملحوظة . لقد كان الحل الممكن أمامها هو توفير عدد أكبر من الأخصائيين ، وقبل ذلك ، توفير التمويل الكافي لتدريبهم .

أما بالنسبة لعلم النفس الإكلينيكي ، فقد قدمت إدارة العسكريين القدامى (VA) نمواً مغرياً لتدريب طلبة الدراسات العليا في جامعات معترف بها ، ومنحهم درجة الدكتوراة . ولقد اختار العديد من هؤلاء الطلبة الاستمرار بالعمل مع الإدارة بعد تدريبهم رغم أنهم لم يكونوا مجبرين على ذلك . وقد لعبت تلك الإدارة -من خلال برامجها- دوراً كبيراً في الارتقاء بمهنة علم النفس الإكلينيكي وتطويرها ، وكان توجهها في منح رواتب مغرية للإكلينكيين -قلما تُمنح لغيرهم- سبباً في رفع معدل رواتب الأخصائيين الإكلينكيين ككل . كما أن حاجتها للتعامل مع المشكلات النفسية للراشدين أفرزت تحولاً مهماً في علم النفس الإكلينيكي ؛ وهو الانتقال من الاهتمام بالأطفال إلى الاهتمام بالراشدين . وفي الوقت نفسه ، فقد أصبحت إدارة العسكريين القدامى (VA) تتوقع من الأخصائيين الإكلينكيين القيام بالعلاج الفردي والجماعي ، إضافة إلى القيام بأنشطة التقييم المعتادة ، والاستمرار في العمل وفقاً لمهامهم كخبراء في البحث ضمن فرق الصحة النفسية . وعندما بدأت هذه الإدارة برنامجها لتدريب الأخصائيين النفسيين عام 1946 ، كانت برامج التدريب الإكلينيكي قد ضمنت لنفسها قاعدة مالية راسخة . وبحلول عام 1949 ، كان هنالك 42 معهداً يمنح درجة الدكتوراة في علم النفس الإكلينيكي ، وراح يتقدم إليها عدد كبير من الطلاب الممتازين ، إذ حازت هذه المهنة على حضور عام وواسع .

ولم تكن إدارة العسكريين القدامى (VA) الوكالة الفدرالية الأولى التي ساهمت في تعزيز نهوض علم النفس الإكلينيكي . فقد أدت نتائج الحرب والزيادة العامة في دور القطاع الحكومي

ونشاطه ، إلى محاولة تحسين بعض مشكلات الصحة النفسية في المجتمع ككل . فقد بادرت مؤسسات مثل : خدمات الصحة العامة الأمريكية (U.S.Public Health Service) ، والمعهد الوطني للصحة النفسية (National Institute of Mental Health NIMH) إلى تقديم الدعم لطلبة الدراسات العليا في علم النفس الإكلينيكي ؛ ليحصلوا على درجة الدكتوراة ، كما قامت برعاية ودعم الأبحاث المعدة للإجابة عن مشكلات الصحة النفسية في المجتمع .

ويُعدّ صدور مجلة الأخصائي النفسي الأمريكي (Psychologist American) عام 1946 من الدلائل الأخرى على النمو المهني . ولقد كانت كونيتيكتات (Connecticut) أول ولاية تمر قانوناً لمصادقة الأخصائيين النفسيين . كما تم في السنة التالية تأسيس المجلس الأمريكي للممتحنين في علم النفس المهني (American Board of Examiners in Professional Psychology - ABEPP-) ، وذلك لضمان الكفاءة المهنية للأخصائيين الإكلينيكين الذين يحملون شهادة الدكتوراة . وفي عام 1949 ، تم البدء بخدمات الاختبارات التربوية ، وأصبحت الرابطة النفسية الأمريكية (APA) تشدد على اعتبار العلاج النفسي وظيفة أساسية للأخصائيين الإكلينيكين ، وذلك بالرغم من معارضة الطب النفسي . كما تولت الرابطة (APA) القيام بدور أكثر فعالية ، إذ بدأت تقدّم التوصيات في مجال تدريب الأخصائيين النفسيين والمصادقة على برامج التدريب الإكلينيكي . وفي عام 1953 ، قامت الرابطة بنشر المعايير الأخلاقية (Ethical Standards) ، مما يعتبر إنجازاً مميّزاً في تدوين وتصنيف الأخلاقيات السلوكية للأخصائيين النفسيين ، مما يعدّ خطوة عظيمة نحو حماية الأفراد . ومع بداية الخمسينيات من القرن الماضي ، كان هنالك أكثر من 1000 عضو في شعبة علم النفس الإكلينيكي التابعة للرابطة (APA) . وبعد مضي سنوات قليلة فقط على أنقضاء الحرب العالمية الثانية ، كانت المهنة قد أنجزت خطوات هائلة في ترسيخ كيانها .

التوضيح 2-1

لايتنر ويتنر : مؤسس علم النفس الإكلينيكي

يعود الفضل في تأسيس ميدان علم النفس الإكلينيكي إلى لايتنر ويتنر (Lightner Witmer) (1867-1958) . وتتضمن إسهاماته في هذا المجال ما يلي :

- في عام 1896 ، أسس أول عيادة "نفسية" .
- في عام 1907 ، اقترح مهنة جديدة : علم النفس الإكلينيكي .
- كان المؤسس والمحرر لأول دورية في هذا المجال : العيادة النفسية .
- قام بتطوير أول برنامج تدريبي في علم النفس الإكلينيكي (McReynolds, 1996) .

وبالإضافة إلى ذلك ، فقد أثرت الأعمال الاستشرافية لويتنر على التطورات اللاحقة في علم النفس الإكلينيكي . كما ساهمت في تسريع حدوثها ، بما في ذلك التركيز على المشكلات الأكاديمية للأطفال ، واستخدام التدخلات العلاجية الفعالة لتحسين حياة الأفراد ، والتعاون مع المهنيين الآخرين (كالأطباء) في تقديم الخدمات العلاجية (Routh, 1996) .

في عام 1949 ، تم عقد مؤتمر حول التعليم العالي في علم النفس الإكلينيكي في بولدر (Boulder) بولاية كولورادو (Colorado) . وقد شكّل مؤتمر بولدر حدثاً مهماً في تاريخ علم النفس الإكلينيكي ؛ إذ تمت فيه بلورة نموذج العالم-الممارس في تدريب الأخصائيين الإكلينيكين ، والذي أصبح المبدأ الأساسي للتدريب منذ ذلك الحين . وباختصار ، فإن هذا النموذج يؤكد أن (أ) على الأخصائيين النفسيين متابعة تدريبهم في الأقسام الجامعية ، (ب) عليهم أن يتدربوا على كونهم أخصائيين نفسيين أولاً ، وإكلينيكين ثانياً ، (ج) عليهم أن يتموا فترة الامتياز الإكلينيكي ، (د) عليهم أن يكونوا أكفءاء في التشخيص والعلاج النفسي والبحث ، و(هـ) أن يُتوج تدريبهم بدرجة الدكتوراة (Ph.D) ، والتي تشمل إجراء بحث علمي أصيل في أحد مجالات علم النفس الإكلينيكي . وعلى العموم ، فما يزال نموذج العالم-الممارس هو النموذج التدريبي الأكثر استخداماً ، رغم أن له نقاده ومعارضيه .

وقد شهدت الخمسينيات من القرن العشرين ، نمواً متزايداً في مهنة علم النفس . كما ارتفع عدد أعضاء الرابطة (APA) بشكل واضح من 7.250 عضو عام 1950 إلى 16.644 عضواً عام 1959 . وفي الفترة نفسها تقريباً ، ارتفعت المنح والعقود الفدرالية المقدمة للأبحاث النفسية من 11 مليون دولار إلى أكثر من 31 مليون دولار .

نمو المهنة (1970-الوقت الحاضر) The Growth of a Profession

منذ منتصف الستينيات من القرن الماضي ، أصبح علم النفس الإكلينيكي علماً سلوكياً في مجال التقييم والتدخل العلاجي والبحث . ونحو الاهتمام من البحث عن السمات أو العوامل الداخلية التي تؤدي بالأفراد إلى الاضطراب النفسي ، إلى تحليل العوامل الموقفية التي تتحكم بسلوكياتهم . ومع نهاية الستينيات ، كان الطريق نحو تغيير السلوك غير المرغوب به قد أخذ بالتحول من العلاج النفسي (والاستبصار الذي ينجم عنه التغيير) إلى الإشراف والتعزيزات البديلة الممكنة . وامتألت دوريات الأبحاث بالمقالات التي تصف أساليب موضوعية جديدة في تقييم السلوك ، ومناحي سلوكية مبتكرة في علاج كل شيء ؛ بدءاً من الإدمان على الكحول والعجز الجنسي والافتقار إلى توكيد الذات ، وانتهاءً بالسمنة المفرطة والتدخين والشعور بالوحدة . ولا يكمن سر ذلك في أفكار المريض ، بل في سلوكياته .

وبالطبع ، فقد شكك بعضهم في أن كل ذلك ما هو إلا رد فعل مبالغ فيه . فهل السمات في حقيقتها خيالات لا نفع منها؟ وهل يمكن للتحليلات والأساليب السلوكية أن تتعامل مع جميع الاضطرابات وتعالجها؟ اعتقد كثيرون بعدم إمكانية ذلك . ومع منتصف السبعينيات من القرن

العشرين ، أخذ التوجه المعرفي يسعى للعودة إلى المسرح . وبدأ الناس بالحديث عن "الأساليب المعرفية السلوكية" (Goldfried&Davison,1976) ، فأصبح التوجه السلوكي-المعرفي من أكثر التوجهات العلاجية شيوعاً .

في الوقت نفسه ، بدأ مجال علم النفس المجتمعي بالترنح في الستينيات ، بعد أن بدأ يحدث ثورة في علم النفس الإكلينيكي . وبالنسبة للكثيرين فإن علم النفس المجتمعي لم يَفِ بوعده . وبعد ذلك -في ثمانينيات القرن الماضي- عاد التوجه الوقائي للظهور متزامناً مع نمو مجال علم النفس الصحي . وتشكل هذه المفاهيم والأساليب والتوجهات التي ظهرت خلال الأعوام الخمسة والثلاثين الماضية بمجملها ، الموضوعات الأساسية لهذا الكتاب ، والتي سيتم تناولها بالتفصيل في الفصول القادمة .

لقد شهدت السبعينيات والثمانينيات من القرن العشرين نمواً متزايداً أيضاً في هذه المهنة . ففي عام 1970 ، كان هنالك 81 برنامجاً معترفاً به للدراسات العليا في علم النفس الإكلينيكي ، وأكثر من 12000 أخصائي إكلينيكي . أما بالنسبة للرابطة النفسية الأميركية (APA) ، فقد كانت تضم 42 عضواً عام 1892 ، والذين ازداد عددهم ليصل إلى حوالي 67000 عضو بحلول عام 1987 . وفي الوقت الحاضر ، فقد زاد عدد أعضاء الرابطة (APA) عن الثمانين ألف عضو ، وتجاوزت ميزانيتها 83 مليون دولار . كما أن شعبة علم النفس (الشعبة 12 ، والتي تسمى الآن جمعية علم النفس الإكلينيكي - Society of Clinical Psychology) هي أكبر وحدة مستقلة في الرابطة (APA) . وتقوم خمسون ولاية أميركية ، إضافةً إلى مقاطعة كولومبيا وپورتوريكو وعدد من الأقاليم الكندية ، إما بترخيص الأخصائيين النفسيين أو المصادقة عليهم . ويتمتع العديد من الأخصائيين الإكلينكيين اليوم بامتيازات لدى المستشفيات ، ويتم تعويض العديد منهم من قبل شركات التأمين وإدارة الرعاية الصحية ، كما وتزايد عدد برامج الدراسات العليا في علم النفس الإكلينيكي . وفي يومنا هذا ، يوجد أكثر من 200 برنامج دكتوراة في علم النفس الإكلينيكي ، وكلها معترف بها من قبل الرابطة النفسية الأميركية (APA) .

انقسام عام 1988 The 1988 Schism

عادةً ما تشهد الرابطة النفسية الأميركية (APA) خلافات -تكون حادةً أحياناً- بين الأخصائيين الإكلينكيين الممارسين ونظرائهم العلميين . وكثيراً ما يتم إقحام نموذج العالم-الممارس وسط هذه الخلافات . وبحلول عام 1988 ، شعر أعضاء الجناح الأكاديمي العلمي للرابطة بأن الرابطة

خط زمني: أحداث هامة في مجال مهنة علم النفس الإكلينيكي



تقع تحت سيطرة الإكلينيكين الممارسين ، وتُستغل لمصالحهم . كما زعم هؤلاء بأن الاهتمامات العلمية الكبرى استُبدلت بها أهدافٌ بسيطةٌ في جوهرها . وبدت الرابطة منشغلةً بالقضايا المهنية ، مثل وصف الأدوية وامتيازات المستشفيات ومسائل التعويضات ، والترخيص والإجراءات القانونية ضد الطب النفسي ، وهكذا . باختصار ، فقد شعر كثيرون بأن الرابطة لم تعد تستجيب للاحتياجات الأكاديمية-العلمية لعدد كبير من أعضائها . وبالفعل ، وحسب تقديرات الرئيسة السابقة للرابطة ، جانيت سبينس (Janet Spence) ، فإن حوالي 90٪ من اجتماعات مجلس الرابطة كانت تُكرّس للبحث في الاحتياجات المهنية للممارسين الإكلينيكين .

وبدا أن الأمور أخذت تتصاعد عندما فشلت خطة لإعادة تنظيم الرابطة (APA) ومعالجة الانقسام المتنامي بين الجناح الإكلينيكي والجناح الأكاديمي-العلمي بنسبة صوتين مقابل صوت واحد من الأعضاء . وكان رد فعل المعارضين أن قاموا بتأسيس منظمة جديدة منفصلة . فتم تأسيس الجمعية النفسية الأميركية (American Psychological Society-APS) عام 1988 بقيادة 22 رئيساً تعاقبوا على رئاسة الرابطة النفسية (APA) ، وقد أصبحوا الأعضاء الممولين للجمعية . وتم تفسير ظهور المجلس الاستشاري الأولي للجمعية على أنه دليل لـ "من هو من" (who is who) علمياً . وعُقد أول اجتماع للجمعية في حُزيران من عام 1988 ، حقق نجاحاً باهراً . والآن تصدر عن هذه الجمعية نشرة إخبارية شهرية حول الأعضاء ، هي الشاهد (The Observer) ، وثلاث مجلات علمية ، هي : العلوم النفسية (Psychological Science) ، العلوم النفسية في خدمة العامة (Psychological Science in the Public Interest) ، والاتجاهات الحديثة للعلوم النفسية (Current Directions in Psychological Sciences) . ويتجاوز عدد أعضاء الجمعية النفسية الأميركية (APS) الآن 13000 عضو ، وحوالي 13٪ من أعضائها يعرفون أنفسهم على أنهم أخصائيون في علم النفس الإكلينيكي أو الإرشاد النفسي أو علم النفس المدرسي . وكانت الأهداف المعلنة لهذه الجمعية الجديدة هي :

- تطوير ميدان علم النفس .
- الحفاظ على الأسس العلمية لعلم النفس .
- تطوير فهم الناس للعلوم النفسية وتطبيقاتها .
- تحسين نوعية التعليم .
- تشجيع الأخصائيين على "تسخير" علم النفس استجابةً للمصلحة العامة .

لقد شعر كثيرون من كلا الطرفين -الرابطة النفسية (APA) والجمعية النفسية (APS)- أن الانفصال كان مأساوياً . وبحسب اعتقادهم ، كان الانفصال سيئاً بالنسبة لكلا الجانبين ؛ فما يحتاج إليه الميدان هو التوحيد ما بين علم النفس كعلم وعلم النفس كممارسة أكثر من أي شيء آخر . ولسوء الحظ ، فرما أدى هذا الانقسام إلى توحيد أقل للجهود مما هو عليه الحال الآن . ويعتقد الكثيرون أنه سيأتي اليوم الذي سنصبح فيه الرابطة (APA) عبارة عن منظمة نقابية ليس إلا . وبالطبع ، فالعديدون من الطرفين (الأكاديمي-العلمي ، والعالم-الممارس) ينتمون الآن إلى كلا الرابطة النفسية (APA) والجمعية النفسية (APS) ، مما جعل الكثير من الأخصائيين النفسيين العلماء يبتهجون للنمو السريع للجمعية النفسية . وعلى كل حال ، فمن المأمول أن تتذكر الرابطة والجمعية التزاماتهما الأوسع تجاه الصالح العام .

وكما ذكرنا سابقاً ، فقد ظهر حدثان مهمان مؤخراً ، من المؤكد أنهما سيؤثران على مهنة علم النفس الإكلينيكي . ففي عام 1995 ، قامت الرابطة النفسية الأميركية (APA) بالمصادقة رسمياً على مواصلة السعي للحصول على امتيازات وصف الأدوية من قبل الأخصائيين النفسيين . وفي عام 2002 غدت نيومكسيكو أول ولاية أميركية تسنّ قانوناً يسمح للأخصائيين النفسيين المدربين بوصف الأدوية لعلاج الاضطرابات النفسية . وهذان الحدثان لن يؤثرا على ممارسة علم النفس الإكلينيكي فقط ، بل وعلى التدريب والبحث أيضاً .

وأخيراً ، قامت الرابطة النفسية (APA) عام 2002 بنشر طبعة جديدة من المبادئ الأخلاقية وقواعد السلوك للأخصائيين النفسيين (Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct) ، والتي تم تفعيلها في شهر حزيران عام 2003 . ويوضح الخط الزمني للأحداث المهمة بعض التطورات المهنية البارزة في مهنة علم النفس الإكلينيكي .

واليوم ، يواجه مجال علم النفس الإكلينيكي تحديات في عدد من المسائل المهنية ، سنناقش بعضاً منها بالتفصيل في الفصل الثالث . وبصورة موجزة ، تشمل هذه المسائل تساؤلات حول نموذج التدريب الأمثل للأخصائيين الإكلينكيين المعاصرين ، وتأثير ثورة الرعاية الصحية وأنظمة إدارة الرعاية على الأخصائيين الإكلينكيين ، والسعي الحالي باتجاه الحصول على امتياز وصف الأدوية في ممارسة ميدان علم النفس الإكلينيكي . والطريقة التي يتم فيها حل هذه المسائل ، ستؤثر على مجال علم النفس الإكلينيكي لسنوات طويلة لاحقة .

لقد تغير علم النفس الإكلينيكي ، وسيتغير أكثر بالتأكيد ، بحيث بالكاد يمكن لو يثمر أن يتعرف عليه . حتى ج . ستانلي هول - أول رئيس للرابطة النفسية (APA) - لن يسعه إلا الشعور بالدهشة دون شك لما تقوم به الرابطة النفسية (APA) والجمعية النفسية (APS) من أعمال . وعلى أية حال ، فبالرغم من أن التدريب والممارسة ما يزالان في تغير مستمر ، إلا أن هناك بعض الأمور التي تبقى ثابتة ؛ فما يزال الأخصائيون النفسيون يقومون بالتقييم والعلاج ، وما تزال لديهم الإسهامات التي عليهم أداؤها نحو البحث ، كما أنهم ما يزالون يهتمون بتطوير مهنتهم . والهدف الذي يجمع بين الأخصائيين النفسيين ما يزال نفسه : استخدام معارفهم ومهاراتهم في خدمة الصحة النفسية للأفراد في كل مكان .

المصطلحات:

- الجمعية النفسية الأمريكية (American Psychological Society - APS) : المنظمة النفسية المهنية التي تأسست عام 1988 إثر انفصال الفريق الأكاديمي-العلمي عن الرابطة النفسية الأمريكية (APA) . وتتضمن أهداف الجمعية تطوير ميدان علم النفس ، والحفاظ على أسسه العلمية ، وزيادة فهم الناس لهذا المجال وتطبيقاته .
- العلاج السلوكي (behavior therapy) : الإطار النظري الشائع في علاج الاضطرابات وفقاً لمبادئ الإشراف . ويركز العلاج السلوكي عادةً على السلوك الملاحظ ، ويعد من المعالجات قصيرة الأمد نسبياً .
- التقييم السلوكي (behavioral assessment) : منحى في فهم السلوك وتغييره من خلال التعرف على الإطار الذي يحدث فيه (الموقف أو المثيرات التي تسبق السلوك أو تنبئه) .
- العلاج المختصر أو ذو الجدوى الزمنية (Brief or time-effective therapy) : بشكل عام ، هو علاج يستغرق 15 جلسة علاجية أو أقل . ولقد حظي هذا النوع من العلاج برواج كبير في السنوات الأخيرة ، نتيجةً للقبود المالية التي فرضتها أنظمة الرعاية الصحية ، إضافةً إلى أن الدراسات قد بينت بأن فاعليته توازي فاعلية لعلاج النفسي التقليدي .
- علم النفس المجتمعي (community psychology) : تخصص نفسي يركز على الوقاية من المشكلات النفسية وعلاجها ، وخاصةً بين الأفراد الذين لا تصلهم الخدمات عادةً .
- الانتقائيون (eclectics) : هم الأخصائيون النفسيون الذين يقومون بتوظيف تقنيات علاجية من أكثر من توجه نظري واحد . ولعل طبيعة المشكلة الراهنة هي التي تحدد التوجه النظري الذي

يستخدمه الأخصائي مع الحالة .

■ الإتيولوجية (etiological) : العوامل السببية . فعلى سبيل المثال ، من المعتقد بأن العامل الإتيولوجي للاكتئاب يرتبط ببدء ظهوره .

■ العامل العام (g) : مصطلح قدمه تشارلز سبيرمان في وصفه لمفهوم الذكاء العام .

■ عيادات التوجيه والإرشاد (guidance clinics) : العيادات المخصصة لتقييم الصعوبات العقلية والسلوكية للأطفال ، وعلاجها .

■ علم النفس الصحي (health psychology) : تخصص نفسي يركز على الوقاية من الأمراض ، ويعنى بتعزيز الصحة الجيدة والحفاظ عليها ، وبالعلاج النفسي للأفراد المشخصين بأمراض طبية .

■ المعالجة وفق الدليل العلاجي (manualized treatment) : المعالجات التي يتم تقديمها ووصفها على هيئة دليل (بمعنى أنه يوضح مبررات المعالجة وأهدافها والأساليب الملائمة لكل مرحلة منها) .

■ قياس الذكاء (measurement of Intelligence) : استخدام الاختبارات لقياس القدرات العقلية المختلفة (مثل سرعة العمليات العقلية ، والقدرة على التعلم بالمحاولة) .

■ الاختبارات العقلية (mental tests) : مصطلح وضعه جيمس ماك-كين كاتل في وصف مقاييسه حول الفروق الفردية فيما يتعلق بزمان الرجوع . وكان يعتقد بأن الأداء على هذه الاختبارات يرتبط بالذكاء .

■ التقييم النفسي العصبي (neuropsychological assessment) : منحى في التقييم ، مبني على العلاقات المثبتة تجريبياً بين الدماغ والسلوك - والذي يقدر قوة الفرد وضعفه نسبياً في عدد من المجالات (مثل الذاكرة ، سرعة المعالجة ، والمهارة اليدوية) .

■ المقاييس الموضوعية (objective measures) : اختبارات نفسية تزودنا بنتائج حول الحالة التي يكون عليها الأفراد أو سماتهم بناءً على استجاباتهم لمثيرات غير غامضة ، كالاستجابة على مقياس للتقدير أو على فقرات استبانة معينة . وعادة ما يتم تفسير الاستجابات على المقاييس الموضوعية باستخدام المنحى الناموسي .

■ اضطرابات الشخصية (personality disorders) : أنماط من الخبرات والسلوكات اللافكرية الدائمة ، التي تظهر في المراهقة أو بداية الرشد ، وتستمر عبر مرحلة الرشد . ومن الأمثلة على هذه الاضطرابات : الشخصية البارانونية ، الشخصية اللاإجتماعية أو المعادية للمجتمع ، والشخصية الاعتمادية .

■ اختبار الشخصية (personality testing) : استخدام المقاييس أو التقنيات للوصول إلى استبصار بالخصائص أو السمات الدائمة .

■ العلاج باللعب (play therapy) : تقنية مستمدة من مبادئ فرويد التقليدية ، تستخدم أساليب

اللعب التعبيري للمساعدة على تفريغ انفعالات القلق أو العدوان . ويعتقد مؤيدو هذا التوجه بأن لمثل هذا التفريغ أثره العلاجي .

■ التقنيات الإسقاطية (projective techniques) : تقنيات اختبارية نفسية -مثل البرورشاخ واختبار تفهم الموضوع (TAT)- تستخدم استجابات الأفراد لمثيرات غامضة للحكم على سماتهم الشخصية أو حالتهم النفسية .

■ التحليل النفسي (psychoanalysis) : إطار نظري في فهم الاضطرابات النفسية وعلاجها ، وهو قائم على العمل المشترك لكل من بروير وفرويد في نهايات القرن التاسع عشر .

■ التشخيص النفسي (Psychodiagnosis) : استخدام الدرجات المستمدة من الاختبارات النفسية وتفسيرها ، بهدف التشخيص ووضع الخطط العلاجية .

■ البحث في العلاج النفسي (psychotherapy research) : البحث الذي يقيم تأثير العلاج أو بعض عناصره . وقد يستخدم البحث في العلاج النفسي لتحديد أي التدخلات العلاجية أكثر فعالية من غيرها في علاج اضطراب معين ، أو لمعرفة أي العناصر في علاج معين تعد حاسمة أكثر من غيرها في إحداث تغيير ملحوظ .

■ السلوكية المتطرفة (radical behaviorism) : حركة في علم النفس ظهرت في نهاية الخمسينيات واستمرت خلال الستينيات من القرن العشرين . ويؤكد أتباع هذه الحركة على أن السلوكيات الظاهرة فقط هي التي يمكن قياسها ، حتى أنهم ذهبوا إلى حد التشكيك في وجود السمات الشخصية .

■ نموذج العالم-الممارس (scientist - practitioner model) : النموذج الأساسي للتدريب في علم النفس الإكلينيكي على مدى الخمسين سنة الماضية (ويشار إليه أيضاً بنموذج بولدر) . ويعمل هذا النموذج على تدريب الأخصائيين بحيث يمكنهم الجمع بنجاح بين دورَي العالم والممارس .

■ المقابلات التشخيصية المقننة (structured diagnostic interviews) : نوع من أدوات التقييم الذي يحتوي على أسئلة مكيّفة وفق محكات تشخيصية معينة . ومصطلح مقننة يشير إلى أن الأسئلة موحدة ، وتطرح بالترتيب نفسه في جميع المقابلات ، كما تصحح إجاباتها بطرق معيارية موحدة أيضاً .

■ تقليل الحساسية التدريجي (systematic desensitization) : تقنية سلوكية في علاج اضطرابات القلق ، يقوم فيها المريض بالاسترخاء بينما يتخيل المواقف المثيرة للقلق بدرجات تزايد تدريجياً .

- 1- ما هي إيجابيات النماذج المتبعة في تدريب الأخصائيين النفسيين ، وما هي سلبياتها؟ ولماذا يُعتبر وجود خلفية ثابتة وراسخة في العلوم النفسية مهماً للأخصائي الإكلينيكي مستقبلاً؟
- 2- ما هي العوقات التي تواجه الإكلينيكيين الذين يتفرغون للعمل في العيادات الخاصة؟
- 3- كيف ستؤثر إدارة الرعاية الصحية على ممارسة علم النفس الإكلينيكي؟ وما هي الميزات التي قد يحظى بها الأخصائي الإكلينيكي في بيئة الرعاية الصحية؟
- 4- ما هي إيجابيات حصول الإكلينيكيين على امتياز وصف الأدوية ، وما هي سلبيات ذلك؟ وكيف يمكن لهذه المسألة أن تؤثر على تدريب طلبة الدراسات العليا؟
- 5- ما هي أهم المسائل المتعلقة بالتعددية والأخلاقيات ، والتي يواجهها علم النفس الإكلينيكي؟

محتويات الفصل:

- نماذج التدريب في علم النفس الإكلينيكي .
- الأنظمة المهنية .
- العيادات الخاصة .
- الاستقلالية والاقتصاد .
- ثورة الرعاية الصحية .
- امتيازات وصف الأدوية .
- خدمات الصحة النفسية الحساسة ثقافياً .
- المعايير الأخلاقية .
- ملخص الفصل .

الفصل الثالث

قضايا معاصرة في علم النفس الإكلينيكي

Current Issues in Clinical Psychology

قمنا في الفصل الثاني باستعراض تاريخي لمسيرة علم النفس الإكلينيكي ومراحل تطوره ، وتوقفنا عند الأحداث المهمة والمفصلية في مجالات التشخيص والتقييم ، والعلاج النفسي والتدخل العلاجي ، والبحث والممارسة . وقد ساعدنا ذلك العرض على تحديد جذور علم النفس الإكلينيكي ، ووضع هذه الأحداث والتطورات في إطارها التاريخي الملائم .

وفي هذا الفصل ، سنناقش عدداً من القضايا المعاصرة في علم النفس الإكلينيكي : ما هي أفضل النماذج التدريبية لتأهيل الأخصائي الإكلينيكي؟ وما هي أفضل طريقة لضمان كفاءته المهنية؟ ما هي القضايا التي تواجه الأخصائي الإكلينيكي حالياً في العيادات الخاصة؟ وكيف يمكن لعلم النفس الإكلينيكي أن يحافظ على استقلاليته وحيويته من الناحية الاقتصادية؟ وكيف ينبغي لعلم النفس الإكلينيكي أن يستجيب لذلك التنوع المتزايد بين الفئات التي يقوم على خدمتها؟ وكيف ستؤثر ثورة الرعاية الصحية على الأخصائيين الإكلينيكين؟ وهل ينبغي عليهم مواصلة السعي للحصول على امتياز وصف الأدوية والحصول عليه؟ ثم ما هي المعايير الأخلاقية المعاصرة للأخصائي الإكلينيكي؟

وسنبداً بأكثر القضايا إثارة للجدل والخلاف ، وهي تلك المتعلقة بنماذج التدريب الملائمة لمن سينخصصون في علم النفس الإكلينيكي في المستقبل .

نماذج التدريب في علم النفس الإكلينيكي

Models of Training in Clinical Psychology

العالم-الممارس The Scientist Practitioner

نموذج التدريب The Training Model

تحدثنا في الفصل الثاني باختصار عن المؤتمر الهام الذي عُقد في مدينة بولدر (Boulder) في ولاية كولورادو عام 1949 حول برامج الدراسات العليا في علم النفس الإكلينيكي ، والذي تمخض عنه ظهور نموذج بولدر ، أو نموذج العالم-الممارس . ويمثل هذا النموذج محاولة "لمزاوجة" العلم والممارسة الإكلينيكية ، وهو ما زال أكثر النماذج التدريبية شيوعاً في علم النفس الإكلينيكي حتى يومنا هذا .

ومن المفيد أن نتذكر بأن علم النفس الإكلينيكي قد بدأ في الجامعات كفرع نظريّ لعلم النفس "العلمي"، وذلك في إطار كليات الآداب والعلوم، حيث كان التدريس والبحث وغيرهما من الجهود الأكاديمية هي الأنشطة التي تُكافأ، أما الاهتمامات المتعلقة بالممارسة فقد كان يُنظر إليها على أنها مُقحّمة على هذا الكيان، وهو أمر لم يكن يؤخذ دائماً بصورة إيجابية. كما أن أهداف المهنيين لم تكن تنسجم دوماً مع أهداف عملاء كلياتهم أو حتى مع أهداف زملائهم.

وفي وجه صراع كهذا، قام بعض أساتذة علم النفس الإكلينيكي بإجراء البحوث ونشرها. إلا أن نقادهم (وغالباً ما كانوا من طلبة الدراسات العليا أو الإكلينيكين العاملين في الميدان) كانوا يشكون دوماً من أن الكثير من هذه الأبحاث تافهة أو غير عملية، أو أنها مجرد أعمال غايتها الوحيدة الحصول على المكافآت والترقيات. والأخطر من ذلك أنه بدا لبعض الأساتذة أن أبحاثهم تؤثر سلباً على تدريبهم للطلبة الإكلينيكين أو تعليمهم مهارات المهنة. وبعض الطلبة كانوا يشكون من أنهم يتلقون فيضاً من التعليم في مجالات تحليل التباين ونظريات الإشراف ومبادئ علم النفس الفسيولوجي، مقابل نقص ملموس في التعليم في مجالات العلاج النفسي والاختبارات التشخيصية.

تلك هي الأحداث والمواقف التي قادت إلى المطالبة بالتغيير. بالتالي، فقد تطلّع نموذج بولدر إلى مهنة تضم ممارسين بارعين قادرين على تقديم أبحاثهم الخاصة والإفادة من أبحاث الآخرين. والهدف من ذلك إيجاد مهنة تختلف عما سبقها من المهن؛ مهنة يمارس فيها الأخصائي الإكلينيكي عمله بمهارة وحساسية، لكنه في الوقت نفسه يُساهم في تشكيل البناء المعرفي الإكلينيكي من خلال معرفته بكيفية تحويل الخبرات إلى فرضيات قابلة للاختبار، وكيفية اختبارها. وما رؤية بولدر إلا توحيداً منظم للمهارة الإكلينيكية والإمبريقية المنطقية للعلم. ذلك أن انفصال الأخصائي الممارس عن مصدر المعرفة يحيله إلى شخص يستهلك المعلومات بصورة سلبية، أو "يشتري" التقنيات من "الباعة" النفسيين، لا أكثر.

ونموذج العالم-الممارس ليس تصنيفاً كمياً للنشاطات اليومية للفرد، بقدر ما هو حالة ذهنية. فلم يكن القصد أن يقوم الإكلينيكيون بتكريس 50% من وقتهم للممارسة الإكلينيكية و50% منه للأبحاث الرسمية. فمنهم بالتأكيد من سيكون باحثاً بشكل أساسي، ومنهم من سيكون إكلينيكياً ممارساً. وبالرغم من أن الإكلينيكين الممارسين لا يقومون بإجراء الكثير في مجال الأبحاث حقاً، إلا أن ذلك قد يعود إلى أن طبيعة عملهم لا تسمح لهم بذلك، لا أنهم لا يرغبون به.

ويمكن تطبيق نموذج العالم-الممارس على الأخصائيين الإكلينيكين الباحثين والممارسين على حد سواء. فالباحثون يمكنهم إنتاج أبحاث رصينة وذات دلالة، إذا ما أبقوا حساسيتهم ومهاراتهم

الإكلينيكية مشحونة؛ وذلك من خلال استمرارهم في التعامل مع المرضى . ومثلما أن على الممارسين ألا يتخلوا عن تدريبهم واهتماماتهم في مجال البحث ، فلا ينبغي على الباحثين أن يتجاهلوا قاعدتهم الإكلينيكية .

ويستمر الجدل The Debate Goes On

لقد تلت مؤتمر بولدر سلسلة من مؤتمرات التدريب ، والتي تُوّجت بمؤتمر عُقد في مدينة البحيرة المالحة (salt lake city) في ولاية يوتا (Utah) عام 1987 ، وكلها حثت على عدم تفسير نموذج العالم-الممارس بطريقة صارمة . حيث أدركت هذه المؤتمرات وجود سبل بديلة للكفاءة المهنية . وقد تم الاتفاق -بالأخص- على قبول مناح أخرى تقلل من التركيز على خبرات البحث لصالح مزيد من التدريب المكثف والمباشر على المهارات الإكلينيكية .

لقد ظل نموذج بولدر موجوداً ، إلا أن الجدل حوله ما يزال مستمراً . إذ يبدو أن الانحياز نحو المهنية يأخذ بالتنامي مع مرور السنين ، حيث يزداد انقسام الأخصائيين الإكلينيكيين إلى فئتين : فئة تهتم بالممارسة بشكل أساسي ، وأخرى تهتم بالبحث بشكل أساسي . وبالرغم من اعتقاد الكثيرين بأن نموذج العالم-الممارس قد خدمنا بشكل جيد ونجاح ، إلا أن بعضهم يعتبره نموذجاً تعليمياً ضعيفاً يستحق غضب النقاد وسخطهم . ومع ذلك يبقى التفكير بالتخلي عن نموذج بولدر بشكل نهائي أمراً مقلقاً للكثيرين . وكما يقول ميلتزوف (Meltzoff, 1984) :

إن تدريب جيل جديد وخالص من الأخصائيين التطبيقيين الملزمين بقبول ما يُعطى لهم دون أن يكون بمقدورهم تقييمه أو تطويره ، سيكون طريقاً حتمياً نحو الركود والجمود وضعف الأداء . فالتدريب على البحث يحمل في طياته نوعاً من الفكر ؛ إذ يُعلم الفرد الرغبة في البحث عن المعرفة ، والنزوع إلى الشك وكيفية التفكير بطريقة منطقية ، وصياغة الفرضيات واختبارها ، وكيفية جمع البيانات بدلاً من الآراء ، وتحليلها والوصول إلى استنتاجات من خلالها ، وكيفية القيام بعرض متوازن للنتائج . وهذه هي المهارات التي تساعد الأخصائيين الإكلينيكيين على السمو بأنفسهم فوق مستوى أولئك التقنيين (ص 209) .

درجة الدكتوراة في علم النفس The Doctor of Psychology (Psy.D.) Degree

لقد كان الجدل السابق سبباً -جزئياً على الأقل- في ظهور درجة الدكتوراة في علم النفس (Psy.D) . ولعل الخصائص المميزة لهذه الدرجة تتمثل في تركيزها على تطوير المهارات

الإكلينيكية ، والتقليل نسبياً من أهمية الكفاءة في مجال البحث . فهي لا تتطلب إعداد رسالة للماجستير ، كما أن أطروحة الدكتوراة عادةً ما تكون تقريراً حول موضوع مهني ، وليست إسهاماً علمياً أصيلاً .

وقد ظهر أول برنامج للدكتوراة في علم النفس (Psy.D) في جامعة إلينويس (University of Illinois) عام 1968م (D.R.Peterson, 1971) ، ولكن هذه الجامعة سرعان ما أغلقت هذا البرنامج منذ ذلك الحين . تبع ذلك تطوير برامج مماثلة في روتجر وبابلور ، وفي غيرهما من الأماكن . وكما يصفها باترسون (Peterson, 1968) ، فإن برامج الدكتوراة في علم النفس لا تختلف بشكل جوهري عن برامج الدكتوراة (Ph.D.) في أول سنتين من التدريب ، ولكن الاختلاف الحقيقي يبدأ في السنة الثالثة ؛ إذ تصبح الزيادة في التركيز على الخبرة في كل من التقييم والممارسة العلاجية هي القاعدة . وفي السنة الرابعة يستمر التركيز الإكلينيكي ، إضافةً إلى سلسلة من واجبات التدريب أثناء الامتياز . وحديثاً ، أخذت برامج الدكتوراة في علم النفس تتجه نحو تركيز المساقات الرسمية في السنة الدراسية الأولى ، وتوسيع نطاق الخبرة الإكلينيكية من خلال متطلبات مختلفة ، مثل الممارسة العملية لمدة خمس سنوات . ويتضمن كتاب باترسون (Paterson, 1997) عرضاً مُسهلاً لبرامج الدكتوراة في علم النفس وتاريخها . حيث يتوفر في الوقت الحالي أكثر من 55 برنامجاً معتمداً يمنح هذه الدرجة في علم النفس الإكلينيكي ، كما أن نسبة شهادات الدكتوراة الممنوحة في علم النفس الإكلينيكي في ازدياد أيضاً . مما سبق ، يتضح أن برامج الدكتوراة في علم النفس قد أوجدت لنفسها موطئ قدم ، وأحرزت تقدماً متزايداً في هذه المهنة .

في البداية ، كانت هناك مخاوف من أن يُنظر إلى خريجي الدكتوراة في علم النفس (Psy.D.) على أنهم أقل تأهيلاً للممارسة المهنية من حملة الدكتوراة (Ph.D.) ، وبالتالي ، احتمالية مواجهتهم لصعوبات أكبر من حيث التوظيف . على أية حال ، لم تكن المسألة كذلك (Norcross, & Castle, Sayette, & Mayne, in press) . ففي محاولتهم لمعرفة الفروق بين برامج الدكتوراة (Ph.D.) والدكتوراة في علم النفس (Psy.D.) ، أجرى نوركروس ورفاقه (Norcross et al, in press) استفتاءً أظهر أن هناك نسبة قبول أعلى لبرامج الدكتوراة في علم النفس (41٪ مقابل أقل من 15٪) ، ونسبة أقل من أعضاء الهيئة التدريسية من ذوي التوجه النظري المعرفي-السلوكي في برامج الدكتوراة في علم النفس ، ونسبة أقل من طلبة برامج الدكتوراة في علم النفس الذين يتلقون مساعدات مالية كاملة (20٪) ، ونسبة أقل أيضاً من طلبة الدكتوراة في علم النفس الذين يحصلون على خبرة امتياز (74٪) ، وفترة أقل للحصول على درجة الدكتوراة في علم النفس (بمتوسط 5.1 سنوات) .

بالرغم من أن نموذج الدكتوراة في علم النفس يمثل خروجاً واضحاً على التقاليد الأكاديمية الراسخة ، إلا أن الابتكار الذي كان أكثر تطرفاً هو تطوير المعاهد المهنية . فالعديد من هذه المعاهد لا تربطها صلة بالجامعات ، وإنما هي مؤسسات مستقلة لها أطرها المالية والتنظيمية الخاصة بها . وغالباً ما تمنح هذه المعاهد -التي يشار إليها بأنها حرة "وقائمة بذاتها"- درجة الدكتوراة في علم النفس (R.L.Peterson, Peterson, Abrams, & Stricker, 1997) . وتركز معظم المعاهد على الوظائف الإكلينيكية ، ولا تتجه للبحث بالمعنى التقليدي . وتحمل الهيئات التدريسية فيها ترجيحاً إكلينيكياً بشكل أساسي ، ولذا يُقال إنها تمثل نماذج أفضل للطلبة كي يحتذوا بها . وأول هذه المعاهد المهنية معهد كاليفورنيا لعلم النفس المهني (Dorken, 1975) ، الذي تم تأسيسه من قبل الرابطة النفسية لولاية كاليفورنيا (California State Psychological Association) . ويمنح هذا المعهد عدداً من الدرجات في ميدان الصحة النفسية (Dorken & Cummings, 1977) .

وفي عام 1987 ، وصل عدد المعاهد المهنية إلى حوالي 45 معهداً ، وهي تمنح عدة مئات من ما مجموعه ثلاث آلاف درجة دكتوراة إكلينيكية تُمنح سنوياً (Strickland, 1988) . أما اليوم ، فإن أكثر من نصف درجات الدكتوراة في علم النفس الإكلينيكي تُمنح من قبل هذه المعاهد! مما يدل على التزايد الدرامي في نسبة الدرجات الممنوحة في الدكتوراة في علم النفس الإكلينيكي ؛ إذ تميل هذه المعاهد ، أكثر فأكثر ، إلى قبول عدد أكبر من الطلبة مقارنة ببرامج العالم-الممارس في الجامعات .

وما يزال من غير الواضح كم من هذه المعاهد المهنية سيُكتب له البقاء . ولعل إحدى المشكلات التي تواجه هذه المعاهد هي عدم استقرارها المالي ؛ فالعديد منها تعتمد على رسوم التعليم كمورد أساسي لها ، وهذا المورد غير كافٍ لضمان بقاءها . كما أنها تعتمد بشكل كبير على هيئات تدريسية غير متفرغة ، يكون العمل الرئيسي لأفرادها في أماكن أخرى ، مما يشكل أساساً غير مستقر لهيكلها الأكاديمي . ونتيجة لذلك ، يكون من الصعب أحياناً على الطلبة الاتصال بمدرّسيهم بصورة دائمة ، وهو أمرٌ من المعروف بأنه حيوي لأي خبرة تعليمية جيدة .

وبالرغم من أن بعض المعاهد المهنية معتمدة من قبل الرابطة النفسية الأميركية (APA) ، إلا أنها تُعد استثناءً لا قاعدة . ولعل هذا الأمر يُعد من المعوقات الأساسية التي ينبغي على مثل هذه المعاهد أن تتجاوزها كي يجد خريجوها قبولاً مهنيّاً عاماً . وتشير المؤتمرات التي عُقدت مؤخراً حول التدريب إلى أن برامج الدكتوراة والدكتوراة في علم النفس لفي مأمّن ، وأنها وُجدت لتبقى . ومع ذلك ، فإنها تؤكد باستمرار أهمية التحاق هذه البرامج بجامعاتٍ معتمدة (Belar & Perry, 1992) .

خلال العقد الماضي ، تزايد قلق الأخصائيين الإكلينكيين ذوي التوجه التجريبي من أن يكون علم النفس الإكلينيكي - كما يُمارَس في الوقت الحالي - مُفتقراً إلى أساس علمي متين . ووفقاً لهذه النظرة ، فالعديد من الأساليب التي يستخدمها الممارسون في معالجاتهم لم تثبت فعاليتها في الدراسات الإكلينيكية المضبوطة . وفي بعض الحالات ، لا تكون الدراسات التجريبية لمثل هذه التقنيات مكتملة . بينما في حالات أخرى ، حتى وإن اكتملت الأبحاث ، فقد لا تدعم النتائج الاستمرار في استخدام هذه التقنيات . كذلك الأمر بالنسبة لاستخدام تقنيات التقييم التي لم يثبت أنها تتسم بالصدق والثبات ، أو أنها تقود إلى نتائج علاج إيجابية ، إذ تدور حولها تساؤلات والشكوك أيضاً .

في عام 1991 ، برزت "الدعوة للعمل" للعلماء الإكلينكيين في "البيان الرسمي لعلمنة علم النفس الإكلينيكي" (Manifesto for a Science of Clinical Psychology) (McFall, 1991) ، وفي هذه الوثيقة ، يحاول ماك-فول أن يؤكد أن :

1 . "علم النفس الإكلينيكي العلمي هو الشكل الوحيد المشروع والمقبول لعلم النفس الإكلينيكي" (ص 76) .

2 . "لا ينبغي تقديم الخدمات النفسية الإكلينيكية للناس (إلا تحت ظروف تجريبية مضبوطة ومُحكمَة) ، إلا بعد توفر المحكّات الأربعة التالية على الأقل :

أ . يجب وصف طبيعة الخدمة بشكل واضح .

ب . يجب توضيح الفوائد المطلوبة من الخدمة بشكل صريح .

ج . يجب أن تكون هذه الفوائد المطلوبة مثبتة علمياً .

د . يجب استبعاد أية آثار جانبية سلبية تفوق الفوائد تجريبياً" (ص 80) .

3 . "يجب أن تكون الأهداف الأساسية للبرامج التدريبية للدكتوراة في علم النفس الإكلينيكي هي إنتاج أكفأ العلماء الإكلينكيين ما أمكن" (ص 84) .

وقد حثّ ماك-فول الأخصائيين الإكلينكيين الذين يشاطرونه الرأي للمساعدة في بناء علم لعلم النفس الإكلينيكي من خلال دمج المبادئ العلمية في أعمالهم الإكلينيكية الخاصة بهم ، والتميز بين التقنيات الصادقة علمياً والزائفة منها ، والتركيز في دراستهم العليا على الأساليب التي تنتج علماء إكلينكيين ، أي أفراداً "يفكرون ويعملون كعلماء في كل ناحية من نواحي حياتهم المهنية" (McFall, 1991، ص 85) .

لقد بدأت هذه الوثيقة مثيرة للإهتمام بالفعل . ومن نتائج تطور هذا النموذج التدريبي ظهور أكاديمية علم النفس الإكلينيكي العلمي (The Academy of Psychological Clinical Science) التي تم تأسيسها حديثاً ، والتي تشتمل على برامج دراسات عليا تلتزم بالتدريب وفق الأساليب التجريبية للبحث ، ودمج هذا التدريب مع التدريب الإكلينيكي . وتناسب هذه الأكاديمية إلى الجمعية النفسية الأميركية (APS) ، وتشمل أكثر من 50 برنامجاً (بما فيها برامج الدكتوراة والامتياز) . والأهداف الأساسية لهذه الأكاديمية هي :

- 1 . العناية بتدريب الطلبة للمهن المتعلقة بالبحث الإكلينيكي العلمي ، والذين يمكنهم إنتاج المعرفة العلمية وتطبيقها بمهارة .
- 2 . تطوير الأبحاث والنظريات الإكلينيكية العلمية ، ودمجها مع العلوم الأخرى ذات الصلة .
- 3 . العناية بتطوير مصادر وفرص التدريب والبحث والتمويل والوظائف في العلم الإكلينيكي .
- 4 . العمل على توسيع نطاق تطبيق العلم الإكلينيكي على المشكلات الإنسانية بصورة مسؤولة وبطرق مبتكرة .
- 5 . الاهتمام بنشر العلم الإكلينيكي في الوقت المناسب ، وإيصاله إلى أصحاب القرار والأخصائيين النفسيين ، وغيرهم من العلماء والممارسين والمستهلكين .

وعموماً ، يمكن القول أن ثمة تطوراً حدث لشبكة من البرامج الدراسية والتدريبية التي التزمت بنموذج العلم الإكلينيكي . وتشترك هذه البرامج فيما بينها من حيث الأفكار والمصادر والأساليب التدريبية المبتكرة . وإضافة إلى ذلك ، فهي تتعاون في المشاريع الموجهة نحو الحصول على زيادة منح التمويل من الوكالات الحكومية ، ونحو تحديد متطلبات الترخيص لممارسة علم النفس على مستوى الولايات ، ونحو زيادة وضوح برامج العلم الإكلينيكي على مستوى الدراسة الجامعية الأولى .

وكما يلاحظ من الزيادة في العضوية الأكاديمية على مدى السنوات العشر الأخيرة ، فقد تزايد عدد البرامج التي تبنت هذا النموذج التدريبي للأخصائيين الإكلينيكين . إضافة إلى ذلك ، فإن إدخال برامج الامتياز ضمن نطاق الأكاديمية أتاح الفرصة للاستمرارية في التدريب العلمي الإكلينيكي في العديد من الأماكن (مثل غرف الصف ، ومختبرات الأبحاث ، والأماكن الإكلينيكية) .



أ. د. ريتشارد م. ماك-فول

Richard M. McFall Ph.D.

(قسم علم النفس - جامعة إنديانا)

أ. د. ماك-فول أستاذ في علم النفس في جامعة إنديانا ، وهو خبير في مجال الكفاءة في العلاقات بين شخصية . وقد ظهرت أبحاثه واسعة الانتشار في العديد من الدوريات والكتب المتخصصة في علم النفس . إضافة إلى اهتماماته في مجال البحث ، فقد قام أ. د. ماك-فول بتدريس وتدريب العديد من الأخصائيين الإكلينكيين من خلال عمله كعضو هيئة تدريسية وكمدير للتدريب الإكلينيكي في الكلية . وأخيراً ، يُعرف أ. د. ماك-فول بدوره المؤثر في تأسيس نموذج العلم الإكلينيكي في التدريب . وقد عمل رئيساً لأكاديمية علم النفس الإكلينيكي العلمي منذ عام 1995 حتى عام 1998 .

وقد أجاب أ. د. ماك-فول عن الأسئلة التالية التي طرحناها عليه :

■ ما الذي جعلك تهتم ابتداءً بتبدأ علم النفس الإكلينيكي ؟

كنت في مرحلة البكالوريوس طالباً في جامعة دييو ، وكنت قد تخصصت في الآداب في السنة الدراسية الأولى ، عندما خطر ببالي أن أسأل أستاذي بما يمكنني أن أفعله بشهادة الآداب .

ومن بين عدة أمور ، اقترح عليّ أن أصبح محامياً تنفيذياً في مجال الإعلان . واقترح عليّ أن أخذ مساقاً في علم النفس كي أعرف ما الذي يدفع الناس إلى الشراء ، فذهبت إلى قسم علم النفس . وبالطبع ، كان يتعين عليّ أن أخذ متطلبات جامعية (مدخل إلى علم النفس ، الإحصاء ، علم النفس التجريبي ، وغيرها) قبل أن أخذ "المواد الدسمة" ، وقبل أن أدرك ذلك ، إذ بي أنني تخصصت في علم النفس . وفي سنتي الجامعية الأولى كنت ما أزال أنوي التخصص في مجال الإعلان - أخذت مساقاً في علم النفس الإكلينيكي ، وكان المدرس هو جون إكسبر (John Exner) (الخبير المعروف عالمياً في اختبار الرورشاخ) ، وكان المساق مُكرّساً بشكل أساسي للاختبارات الإسقاطية . وقد شجعتني المدرس على تقديم طلب لأحد معاهد الدراسات العليا في علم النفس الإكلينيكي ، وأعطاني قائمةً بالبرامج التدريبية المتوفرة ، وكلها ذات توجه سيكودينامي . وعندما بدأت بملء طلبات الالتحاق ، جاء والد ريفي في السكن -والذي اتضح أنه أخصائي نفسي- في زيارة للحرم الجامعي . وقد اقترح عليّ أن أقدم طلباً إلى جامعة ولاية أوهايو (حيث حصل هو على شهادته) . وفعلت ذلك كإجراء احتياطي لا أكثر ولا أقل . وقد قبلتني هذه الجامعة ، وعرضت عليّ مساعدة سخية أكثر من أي برنامج آخر . وبما أنني كنت معتمداً على نفسي مالياً ، وأمر بضائقة مالية ، فقد قبلت عرض الجامعة . وكما اتضح لاحقاً ، كان البرنامج الإكلينيكي لجامعة ولاية أوهايو من أفضل البرامج على المستوى الوطني آنذاك . وقد كان لدى هذه الجامعة توجه علمي قوي ، فأدركت بسرعة أنني التحقت بالدراسة العليا لأسباب لا تمت للمواقع بصلة . لكن توجهها القوي نحو البحث كان مثيراً ، وسرعان ما تطور اهتمامي بعلم النفس الإكلينيكي كعلم .

■ صف لنا الأنشطة التي تارسمها كأخصائي إكلينيكي .

في المقام الأول ، فأنا مدرس . ولبى معظم حياتي المهنية ، قمت بتدريس مدخل إلى علم النفس الإكلينيكي لطلبة البكالوريوس ، وعلم النفس الإكلينيكي لطلبة السنة الأولى في الدراسات العليا . وهدفني من تدريس هذين المساقين هو تعليم الطلبة كيفية التفكير النقدي في المشكلات التي يركز عليها علم النفس الإكلينيكي بشكل أساسي . كما أنني أدرّس التطبيقات الإكلينيكية لطلبة الدكتوراة ، حيث تقوم فيها بمراجعة دلائل البحث التجريبية حول فعالية أنواع مختلفة من الأساليب المستخدمة في علاج اضطراب الوسواس القهري ، وتقوم بتطبيق أفضل الأساليب المتاحة لعلاج المرضى بهذا الاضطراب في عيادتنا ، وتقوم أيضاً بتقييم نتائج تدخلاتنا العلاجية .

كما أنني باحث نشط . والموضوع الذي أبحث فيه عادةً هو الكفاءة في العلاقات بين شخصية : تعريفها وكيفية قياسها ، والتنبؤ بها وتطويرها ، والعوامل المؤدية إلى عدم الكفاءة فيها . ويمكن أن ننظر إلى الكفاءة والاضطرابات النفسية على أنهما وجهان لعملة واحدة . حيث يمكن النظر إلى الاضطرابات على أنها نقص في الكفاءة في جانب أو أكثر من وظائفنا . وحتى نفهم الأسباب المرضية للاضطراب النفسي ، فقد يرغب الأخصائيون الإكلينيكيون بفهم طبيعة الكفاءة ومنشئها . وتركز أبحاثي بشكل كبير على معارف علم النفس وأساليب ككل ، وخاصة العلم المعرفي والعلم العصبي . وهذا يعني أن علي أن أكون تلميذاً نشطاً في هذا المجال . ومن الأوجه الأخرى لحياتي المهنية الخراطي في الإدارة وفي أدوار مختلفة . لقد عملت مديراً لبرنامج التدريب الإكلينيكي في جامعة إنديانا ، وكنت عضواً في مجلس إدارة مركز محلي للصحة النفسية المجتمعية . وعملت في هيئات تحرير لعدد من الدوريات ، وكنت نشطاً في المؤسسات المهنية على المستوى الوطني . وفي الحقيقة ، فإن جميع جهودي المهنية مكرسة على نحو أو آخر - للتفريق ما بين العلم والوهم في مجال علم النفس الإكلينيكي ، ولتطوير علم النفس الإكلينيكي كعلم .

■ ما هي مجالات تخصصك أو اهتماماتك الدقيقة ؟

لقد تحدثت سابقاً عن اهتمامي بالبحث في مجال الكفاءة في العلاقات بين شخصية . وفي معبي وراء هذا الاهتمام ، قمت بدراسة مختلف المشكلات والفئات الإكلينيكية : بما في ذلك الطلبة الخجولون ، والأفراد الذين يقتفرون إلى توكيد الذات ، والأشخاص الذين يعانون من القصور والاكنتاب والوسواس القهري واضطرابات الأكل والإيمان على التبع ، والأحداث الجانحين ، وسلوك الإكراه الجنسي من قبل الرجال نحو النساء . وقد ركزت أبحاثي في هذه الحالات على المسائل المتعلقة بالمفاهيم والقياس . كما أن أعمالي الحديثة بحثت بتحديد في استخدام المفاهيم والأساليب المقترحة من العلوم المعرفية والعصبية . وهدفني من ذلك هو بناء نماذج نظرية وكيفية للظواهر الإكلينيكية بصورة أفضل .

■ ما هي التوجهات المستقبلية التي تتوقعها لعلم النفس الإكلينيكي ؟

إن برامج التدريب الإكلينيكية التي تستمر في تركيزها على " الممارسة " (سواء كانت برامج للدكتوراة في علم النفس (Psy.D.) ، أو برامج لدكتوراة (Ph.D.) التي تتبع نموذج العالم-الممارس) تتجاهل التغييرات الدرامية التي بدأت تظهر في مجال الصحة النفسية (والذي أصبح يُسمى بمجال الصحة السلوكية ، بشكل متزايد) . ومع تحول الرعاية الصحية في الولايات المتحدة من نموذج الأنعام مقابل الخدمة ، إلى نموذج إدارة أنظمة الرعاية الصحية ، نجد الأخصائيين الإكلينيكيين يفقدون دورهم كقاتلين على تقديم الرعاية الأولية . والأسباب واضحة : إذ يمكن تعيين

اثنين أو ثلاثة من الأخصائيين الاجتماعيين بكلفة أخصائي إكلينيكي واحد ، وإذا ما بينت الأبحاث عدم وجود فرق في نتائج العلاج بين الأخصائيين الإكلينيكيين من حملة الدكتوراة والأخصائيين الاجتماعيين من حملة الماجستير ، حينها ستجهد أنظمة إدارة الرعاية الصحية نحو توظيف الأخصائيين الاجتماعيين بدلاً من النفسانيين لتقديم معظم خدمات الصحة النفسية . على أية حال ، هناك مظهر واحد يميز حملة لدكتوراة الإكلينيكيين عن غيرهم من ذوي التخصصات الأخرى ، وهو تدريبهم على البحث ، أو إعدادهم الخاص للقيام بدور الباحث العلمي . وفي هذا السياق ، فإن برامج الدكتوراة للتدريب الإكلينيكي التي أبقت على قوة تقاليد الدكتوراة (Ph.D.) التي تركز على البحث العلمي ، هي وحدها التي تُعدّ طلبتها لمستقبل حيوي في ميدان الصحة النفسية المتغير .

برامج التدريب المهني-العلمي المشتركة

Combined Professional-Scientific Training Programs

والنموذج التدريبي الأخير الذي سنناقشه باختصار ، يتضمن تخصصاً يدمج علم النفس الإرشادي والإكلينيكي والمدرسي معاً . وكما بين برتلر وفيشر (Beutler&Fisher,1994) ، فإن هذا النموذج التدريبي يفترض (أ) اشتراك هذه التخصصات في عدد من مجالات المعرفة الرئيسية ، (ب) تشابه الممارسات الفعلية للأخصائيين في هذه التخصصات إلى حد كبير . بالتالي ، تركز المناهج في هذه البرامج التدريبية المشتركة على مجالات رئيسية في علم النفس ، وتعطي الطلبة مساقات في كل تخصص فرعي من علم النفس الإرشادي والإكلينيكي والمدرسي .

ويركز نموذج التدريب المشترك على التوسع أفقياً في المعرفة النفسية بدلاً من التعمق فيها . لكن هذا التوجه يمكن أن يشكل نقطة ضعف أيضاً لهذا النموذج . فخريجو هذا النوع من البرامج التدريبية ربما لا يكونون قد طوروا تخصصاً فرعياً واضحاً أو مجالاً محدداً للخبرة مع نهاية برنامج تدريبهم لنيل الدكتوراة (Beutler&Fisher,1994) . إضافة إلى ذلك ، يبدو أن هذا النموذج التدريبي يلائم أولئك الذين سيتجهون مستقبلاً للممارسة أكثر من ملاءمته للأكاديميين أو العلماء الإكلينيكيين (Beutler&Fisher, 1994) . وفي الوقت الحالي ، هناك حوالي 12 برنامجاً معتمداً لدى الرابطة النفسية الأميركية (APA) من البرامج المهنية-العلمية المشتركة في علم النفس ، اثنان منهما يمنحان درجة الدكتوراة في علم النفس (Psy.D.) .

برامج الدراسات العليا: الماضي والمستقبل

Graduate Programs: Past and Future

إن التغيرات التي طرأت على برامج الدراسات العليا في الأربعين سنة الماضية ، تعكس أوضاع سوق الأخصائيين الإكلينيكيين من عدة نواح (H.C.Ellis,1992) . فابتداءً من منتصف الستينيات

من القرن الماضي ، حدثت نقلةً على صعيد عمل الإكلينيكين من العمل الأكاديمي في الجامعات إلى العمل في العيادات الخاصة . لذا ، لم يكن من المفاجئ بدايةً ظهور الشكوى والتدّمر من محدودية نموذج العالم-الممارس . وقد تركّزت هذه الشكاوى بشكل رئيسي على عدم كفاية نموذج بولدر في تدريب الأخصائيين الممارسين . ووفقاً للنقاد ، كان التدريب على المهارات الإكلينيكية ضعيفاً وقاصراً ، كما كان أعضاء الهيئات التدريسية غافلون عن الاحتياجات التدريبية للممارسين في المستقبل . وقد صدرت عن مؤتمر قليل للتدريب (Vail Training Conference) عام 1973 ، مصادقةً صريحة على نماذج تدريبية بديلة تلبي احتياجات الممارسين في المستقبل ، كما أن البدائل المتمثلة بدرجة الدكتوراة في علم النفس ونموذج المعاهد المهنية ، يمكن إرجاعها للمواقف التي تبناها الأشخاص الذين حضروا ذلك المؤتمر . ومن الواضح أن هذه البرامج البديلة أصبحت مؤثرة بشكل متزايد ، ويمكن الاستدلال على ذلك من أعداد خريجيهما الجدد من حملة الدكتوراة . وعلاوةً على ذلك ، هناك توجه واضح لدعم اختيار أو تعيين أولئك الأخصائيين الإكلينيكين الذين يمارسون العمل الإكلينيكي بدرجة الدكتوراة في علم النفس (A.E.Shapiro & Wiggins, 1994) .

على أية حال ، هناك عدة توجهات قد تؤثر على حيوية ونجاح النماذج التدريبية المختلفة التي ناقشناها في هذا الفصل . أولاً ، يعتقد بعضهم أن هنالك فائضاً من الأخصائيين النفسيين الذين يتوجهون نحو الممارسة (Robiner, 1991) . وإذا كان ذلك صحيحاً ، فهو أمر قد يؤثر بشكل جوهري على عدد الطلبة الذين يلتحقون ببرامج الدراسات العليا في علم النفس الإكلينيكي . ففي السنوات الأخيرة ، تزايد عدد طلبات الالتحاق المقدمة للحصول على الامتياز نسبةً للشواغر المتاحة . وكانت النتيجة النهائية عدم قدرة بعض الطلبة على تأمين موقع يحصلون من خلاله على خبرة الامتياز . فإذا ما ضاق نطاق الامتياز وسوق العمل ، فمن الأرجح أن تشعر البرامج التي تقوم بتدريب طلبتها للممارسة بشكل أساسي (المعاهد المهنية ، والمعاهد التي تمنح درجة الدكتوراة في علم النفس) بوطأة هذا التأثير ، وخاصةً المعاهد المهنية التي تعتمد مواردها المالية بشكل كبير على الرسوم الدراسية ، وقبل أعداد كبيرة من الطلبة .

ثانياً ، سيكون للثورة التي حدثت في إدارة الرعاية الصحية في أميركا تأثيرها على حجم الطلب على الأخصائيين الإكلينيكين في المستقبل ، وعلى مناهج برامج التدريب أيضاً . حيث سنشهد تركيزاً أكبر على المساقات الدراسية الذي تتضمن التدخلات العلاجية المختصرة والمدعمة تجريبياً ، والتقييم المركزي أو البؤري (focal assessment) . وعليه ، فإن برامج التدريب التي لا توظف هيئة تدريسية متخصصة في هذه المجالات ، قد تخرج طلاباً يفتقرون إلى المهارات المطلوبة للمنافسة في سوق العمل .

مع تطور علم النفس الإكلينيكي وتضاعف عدد الأخصائيين الممارسين ، بدأت المسائل التي تتعلق بالكفاءة المهنية بالظهور على السطح . كيف يعرف العامة أي الإكلينيكين مدرب تدريباً جيداً وأيهم ليس كذلك؟ فهناك الكثير من الأشخاص الذين لا يمتلكون الوقت أو الرغبة أو القدرة على تمييز المختص من الدعي أو الدجال . لذلك ، تحاول الأنظمة المهنية حماية المصلحة العامة لأفراد المجتمع ، من خلال تطوير معايير واضحة لكفاءة الأخصائيين الإكلينيكين .

المصادقة Certification

والمصادقة هي شكل ضعيف نسبياً من أشكال التنظيم في معظم الحالات ، فهي تضمن أن لا يسمي الأشخاص أنفسهم بـ "الأخصائيين النفسيين" أثناء تقديمهم للخدمات التي يتقاضون أتعاباً عنها ، إلا إذا كانوا معتمدين من قبل مجلس الاعتماد في الولاية . وعادة ما تتضمن مثل هذه المصادقة امتحاناً ، مع أنها في بعض الأحيان تقتصر على مراجعة التدريب السابق لصاحب الطلب ، وخبرته المهنية . والمصادقة هي محاولة لحماية الناس من خلال وضع قيود على استخدام لقب "الأخصائي النفسي" وحصره بالأشخاص المؤهلين . ونقطة ضعف المصادقة هي أنها لا تمنع أحداً (ابتداءً من ذوي التدريب الضعيف ووصولاً إلى الدجالين) من تقديم الخدمات النفسية للأفراد ، طالما أن الشخص غير المعتمد أو غير المصادق عليه الذي يقدم مثل هذه الخدمات لا يستخدم لقب "أخصائي نفسي" أو كلمة "نفسى" في وصفه لنفسه أو خدماته . مما دعى بعضهم إلى التهكم بقوله إن المصادقة تحمي الأخصائي النفسي أكثر من حمايتها للمجتمع .

وعادة ما توضع قوانين المصادقة تلبيةً لضغوط يمارسها الأطباء النفسيون على المشرعين . ولأن العديد من الأطباء النفسيين يريدون إبقاء العلاج النفسي محصوراً بالطب ، فقد قاوموا -وبشدة- أي قانون يسمح بممارسة العلاج النفسي من قبل أي تخصص غير طبي . ونتيجة لذلك ، فقد كانت قوانين المصادقة أفضل تنظيم استطاع الأخصائيون النفسيون الحصول عليه .

الجدول 3-1 ملخص المتطلبات النموذجية للترخيص

| | |
|--------------------|---|
| التعليم | درجة الدكتوراة من برنامج معتمد من قبل الرابطة النفسية الأميركية (APA) في علم النفس المهني (مثل علم النفس الإكلينيكي) . |
| الخبرة | سنة أو سنتان من الخبرة الإكلينيكية بعد الدكتوراة ، وتحت إشراف مختص . |
| الامتحانات | يجب أن بنجح المرشح للترخيص في امتحان الممارسة المهنية في علم النفس (Examination of Professional Practice in Psychology - EPPP) . وإضافة إلى ذلك ، قد يخضع المرشح إلى امتحان شفهي أو كتابي (مقالي) . |
| المتطلبات الإدارية | متطلبات إضافية تشمل المواطنة أو الإقامة ، العمر ، شهادة حول الجانب الخلقي من الشخصية ، . . . إلخ . |
| التخصصات | إن ترخيص ممارسة علم النفس يعد ترخيصاً عاماً . وعلى أية حال ، فعلى الأخصائيين النفسيين أن يمارسوا عملهم ضمن كفاءات معينة ، ووفقاً لخلفياتهم التعليمية وتدريبهم . |

الترخيص Licensing

والترخيص هو صيغة تشريعية أقوى من المصادقة ؛ فهو لا يحدد طبيعة مصطلح "الأخصائي النفسي" والتدريب المطلوب للرخصة فحسب ، وإنما يقوم عادةً بتعريف الأنشطة المهنية المختصة التي يمكن أن يتم تقديمها للأفراد لقاء أتعاب معينة . فعلى مستوى المصادقة مثلاً ، قد يطلق الشخص على نفسه اسم "المعالج" ، ويشرع في تقديم الخدمات "العلاجية النفسية" وهو محصن قانونياً . لذا ، فالعديد من قوانين الترخيص تُوضع بهدف منع مثل هذا التحايل ، وذلك من خلال تعريف العلاج النفسي وجعله من المسؤوليات المقتصرة على الطب النفسي أو علم النفس الإكلينيكي ، أو غيرها من المهن التي يمكن أن تقوم بهذا الدور . ومع ذلك فمن الصعب احتواء نفوذ الدجالين العتاة ، فمثل هؤلاء الأشخاص قد يكونون بارعين في التنكر ، وإخفاء الطبيعة الحقيقية لنشاطاتهم .

وللمساعدة على تقوية هذا النظام في الإشراف وحماية المستهلك ، قامت الرابطة النفسية الأميركية (APA) بتطوير قانون نموذجي لترخيص الأخصائيين النفسيين (American Psychological Association, 1987b) ، تم نشر مراجعة حديثة له عام 2001 من قبل رابطة الولاية والمجالس النفسية الإقليمية (Association of State and Provincial Psychology Boards (ASPPB) . وقد استخدمت الولايات والأقاليم هذه الخطوط الإرشادية لتطوير متطلباتها الخاصة للترخيص في نطاق سلطتها القضائية . وبالرغم من أن قوانين الترخيص تختلف من ولاية إلى أخرى (ومن مقاطعة إلى أخرى) ، إلا أن هناك عدداً من المتطلبات المشتركة بينها ، يلخصها الجدول 3-1 .

وتقوم معظم الولايات والمقاطعات بإخضاع المتقدمين بطلبات للترخيص لامتحان ما . إضافة إلى ذلك ، فعادةً ما يقوم مجلس الترخيص بفحص الخلفية التعليمية لصاحب الطلب ، وتُشترط عليه أحياناً عدة سنوات من الخبرة بعد الدكتوراة ، وتحت الإشراف . كما أن لبعض الولايات متطلبات إضافية تتعلق بالتعليم المستمر ، لذا فقد ازدادت قيود مجالس الترخيص ، وأصبحت تتطلب أحياناً مساقات معينة ، وتستثني مرشحي الماجستير ، وتتطلب شهادات من برامج معتمدة لدى الرابطة النفسية الأميركية (APA) . كما بدأت هذه المجالس - في بعض الأحيان - تتدخل في أنشطة الأكاديميين والباحثين من الأخصائيين النفسيين .

وبقي الترخيص والمصادقة من الموضوعات التي تثير اهتماماً مهنيّاً كبيراً . فبعضهم يصر على أن معايير الترخيص لا ينبغي فرضها إلا بعد أن تُحدد الأبحاث مدى فائدتها وجدواها ، وتثبت وجود علاقة ما بين النتائج الإيجابية للعميل وكفاءة الأخصائي المرخص . وقد أشار آخرون إلى أن المصادقة والترخيص ليسا أبداً مقياسين صادقين للكفاءة المهنية . ومع ذلك ، فقد اقترح آخرون بأن الترخيص يجب أن يوضع بهدف حماية الناس وضمان عدم تضرر الأفراد ، بدلاً من وضعه بهدف تنظيم مستويات الكفاءة . وفي الوقت الحالي ، قد يكون امتحان الترخيص هو أفضل إجراء وقائي من ضعف الممارسة الإكلينيكية . وأخيراً ، فإن بعض الأخصائيين الإكلينكيين الأكاديميين قلقون من أن تؤدي متطلبات الترخيص إلى انتهاك الحرية الأكاديمية ؛ لأنها تشترط على برامج علم النفس الإكلينيكي طرح مساقات دراسية بعينها . ويحاول هؤلاء الدفاع عن اختيار البرامج لمساقاتها بحجة أن أعضاء الهيئات التدريسية الذين ينخرطون في برامج التدريب الإكلينيكية هم أكثر معرفة بأفضل المساقات المطلوبة لتخريج الأخصائيين النفسيين بمستويات جيدة من التدريب .

المجلس الأميركي لعلم النفس المهني

American Board of Professional Psychology (ABPP)

وبسبب فشل الولايات في قيامها بالمبادرات الفردية ، فقد تم تأسيس المجلس الأميركي للممتحنين في العلوم النفسية المهنية كمؤسسة مستقلة عام 1947 . وفي عام 1968 ، تم اختصار اسمه ليصبح المجلس الأميركي لعلم النفس المهني (ABPP) . ويمنح هذا المجلس شهادة الكفاءة المهنية في مبادئ علم النفس السلوكي ، علم النفس الإكلينيكي ، علم النفس الصحي الإكلينيكي ، علم النفس العصبي الإكلينيكي ، علم النفس الإرشادي ، علم نفس الأسرة ، علم النفس الجنائي ، التحليل النفسي في علم النفس ، علم نفس التأهيل ، وعلم النفس المدرسي . وللحصول على الشهادة من هذا المجلس ، يتم تطبيق امتحان شفهي ، وملاحظة الطريقة التي يتعامل بها المرشح مع حالة معينة ، كما ويُطلب من الأخصائي الإكلينيكي أن يرفق بطلبه سجلات وتقارير حول تعامله مع حالات سابقة .

ويجب أن يكون لدى المرشح لامتحانات المجلس خمس سنوات من الخبرة بعد حصوله على الدكتوراة . وبشكل عام ، تُعتبر متطلبات المجلس أكثر صرامةً من تلك التي تتطلبها إجراءات المصادقة أو الترخيص من قبل الولاية . ووفقاً لذلك ، يمكن طمأننة الجمهور بأن مثل هذا الأخصائي الإكلينيكي شخصٌ خضع لفحص دقيق من قبل لجنة من المتخصصين أو ذوي الخبرة .

السجل الوطني National Register

في السنوات الأخيرة ، أخذ نطاق عمل شركات التأمين بالاتساع بصورة متزايدة ، ليشمل خدمات الصحة النفسية . وفي الوقت نفسه ، تزايد الاعتراف بكفاءة الأخصائيين الإكلينيكيين في تقديم هذه الخدمات ، بما تتضمنه من وقاية وتقييم وعلاج . وفي عام 1975 ، تم تأسيس السجل الوطني الأول للقائمين على تقديم الخدمات الصحية في علم النفس (National Register of Health Service Providers in Psychology) . وهذا السجل نوعٌ من المصادقة الذاتية ، ويتضمن قائمةً بالأخصائيين الممارسين المرخصين أو المصادق عليهم في ولاياتهم ، والذين قدموا أسماءهم لإدراجها في هذا السجل ، ودفعوا رسوماً مقابل ذلك . ومع ازدياد عدد الإكلينيكيين الذين يعملون في العيادات الخاصة ، والاعتراف بهم من قبل شركات التأمين كقائمين على تقديم الرعاية الصحية ، يبرز السجل الوطني كعلامة أخرى على طريق تطور الممارسة المهنية في علم النفس الإكلينيكي .

العيادات الخاصة Private Practice

لقد رأينا سابقاً أن عدداً كبيراً من الأخصائيين الإكلينيكيين يعملون في العيادات الخاصة . وبدا لبعض الوقت أن هذا الاتجاه يتزايد بشكل كبير ، مما يعبر عن تطلعات العديد من الطلبة أثناء التدريب الإكلينيكي . وبالنسبة لبعض طلبة علم النفس الإكلينيكي ، فإن الهدف الأساسي من دراستهم هو افتتاح عيادة وتعليق بافطة . وهذا يشير إلى أن الأطباء بمثابة نماذج يحتذى بها بالنسبة لهؤلاء الإكلينيكيين الطموحين ، وهي نماذج تنطوي محاكاتها على بعض المخاطر .

لقد تعرضت المهن الطبية ، في الماضي القريب ، إلى قدر كبير من الانتقادات ، وفقدت بالتدريج صورتها الإنسانية ؛ وذلك لأنها بدأت تفكر بالحسابات المادية على حساب مصلحة المرضى . ويمارس الأطباء الضغط على مختلف المجالس التشريعية ، ليس لإبعاد الآخرين عما يرونه مسرحهم المهني ، وإنما لضمان حماية مكتسباتهم أيضاً . وعادةً ما يُنظر إلى الرابطة الطبية الأميركية (American Medical Association) بصفتها راعيةً لحقوق الأطباء وامتيازاتهم ، لا بصفتها وصيةً على مصالح المجتمع .

والأمر الذي يندرج العديد من الأخصائيين النفسيين بالخطر ، هو أن علم النفس الإكلينيكي يبدو وكأنه يسير في الاتجاه نفسه . فالتركيز على القيود التشريعية وشهادات الدبلوم ، والأبعاد السياسية ، وعدم التأكيد على البحث ؛ كلها أمور قد تضلل العديد من (McFall, 2002) الذين يخشون من أن المحاولة التي بدأت بصدق وإخلاص لتحسين مستوى التدريب ، واستمرار النمو المهني ، وحماية الناس ، وتحسين الاتجاه العام ؛ ستتحول -على النقيض- إلى وضع يخدم مصالح خاصة وأتانية . ومن الواضح أن العيادات الخاصة ليست المكان الوحيد الذي يمكن أن تتطور فيه مثل هذه الاتجاهات ، إلا أن الخطر موجود فيها . والسؤال الاجتماعي الأوسع هو : إلى أي مدى بالفعل كان تدريب الإكلينيكين للعمل في العيادات الخاصة استجابةً مجدية لحاجات المجتمع على صعيد الصحة النفسية؟ ومع ذلك يبدو أن العيادات الخاصة -بكل ما نواجهه من قضايا تتعلق بتغطية تكاليف التأمين وبالمنافسة المهنية من جانب الطب النفسي والنظم التشريعية- قد وجدت لتبقى .

لقد أصبحت العيادات الخاصة التي تعمل بأسلوب الأتعاب-مقابل-الخدمة جزءاً من الماضي (McFall, 2002, R.J. Resnick, 1997) ؛ حيث أصبحت إدارة الرعاية الصحية الآن هي المسيطرة على الساحة . وبدأ الأخصائيون النفسيون الذين يعملون في عياداتهم الخاصة يشعرون بوطأة هذا التغيير . على أية حال ، ينبغي على برامج التدريب ضمان عدم إرسال الأخصائيين الإكلينيكين الجدد إلى الميدان وهم غير مسلحين بالمهارات والمعرفة اللازمة التي تتطلبها أنظمة الرعاية الصحية . وبلخص لنا الجدول 2-3 استنتاجات ورشة عمل تابعة للرابطة النفسية الأمريكية (APA) ، كُلفت بتعريف الاحتياجات التدريبية للممارسين الإكلينيكين في المستقبل .

وبسبب عامل الكلفة ، قد نشهد في المستقبل استبدال حملة الماجستير من الإكلينيكين بحملة الدكتوراة في المهن العاملة في ميادين الصحة النفسية (McFall, 2002) . وسيكون لدينا المزيد عن أثر إدارة الرعاية الصحية على ممارسة علم النفس الإكلينيكي لاحقاً في هذا الفصل .

الاستقلالية والاقتصاد *Independence and Economics*

لقد ساهمت المعارضة المبكرة من قبل مهنة الطب النفسي ، في منع الأخصائيين الإكلينيكين من المشاركة في ممارسة العلاج النفسي بصورة مستقلة . وفي النهاية ، تغلب الإكلينيكيون على ضغوط الطب النفسي وتأثيره الفعال في معظم أنحاء الولايات المتحدة ، وفازوا بحق الممارسة بشكل مستقل . لقد انتصر المنطق أخيراً ، وزال الجدال الحاد الذي يقوده الطب النفسي لكي يتم اعتبار العلاج النفسي نوعاً من التدخلات العلاجية الطبية . وبدأ الأطباء النفسيون يقبلون الوضع القانوني الجديد الذي وصل إليه الإكلينيكيون ، فكان أن بدأ الأخصائيون الإكلينيكيون بالتدافع نحو العيادات الخاصة لملاءمة تلك الفجوات القائمة في مجال الصحة النفسية . وأصبحوا الآن يمارسون عملهم الإكلينيكي باستقلالية تامة . ويزودنا ر. ج. ريزنيك (R.J. Resnick, 1997) بعرض شيق لتاريخ هذا الصراع ودلالاته .

الجدول 3-2 الأمور التي يجب على كل أخصائي إكلينيكي ممارستها

في عام 1997 ، قامت ورشة عمل تابعة للرابطة النفسية الأمريكية (APA) حول أبعاد ومضامين التغيير في نظام تقديم خدمات الرعاية الصحية للتعليم والتدريب والتعليم المهني المستمر للأخصائيين النفسيين ، وأوصت بأن يتمكن الأخصائيون من الأمور التالية :

- 1 . معرفة الأنظمة الجديدة والمتطورة في تقديم الرعاية الصحية ، مثل منظمات الإدارة الصحية (Managed Care Organizations (MCOs) .
- 2 . الحساسية تجاه المسائل الأخلاقية المتعلقة بتقديم الرعاية الصحية ، ويشمل ذلك السرية والموافقة المسبقة .
- 3 . الخبرة بالبيئات متعددة التخصصات ، مثل المؤسسات الطبية .
- 4 . المهارات الإكلينيكية المتعلقة بالرعاية الصحية ، والتي تشمل التدخلات العلاجية المختصرة ومنحى الفريق في العلاج والتقسيم المركزي أو البؤري .
- 5 . الخبرة في الأبحاث التطبيقية ، مثل تقييم البرامج ودراسة الجدوى والتكلفة الطبية المتكافئة .
- 6 . مهارات الإدارة وإدارة الأعمال ، مثل العقود ومراجعة مدى الفائدة والتسويق .
- 7 . لتقنيات ، مثل الحاسوب وقواعد البيانات والعلاج عبر الهاتف (telemedicine) .

وفي الحقيقة ، يمكن للمرء الآن أن يفكر بالأطباء النفسيين والأخصائيين الإكلينكيين على أنهم متنافسون ، وهذه هي المشكلة . فما كان حرباً فكرية في السابق ، تحول إلى نزاعات ومناوشات ذات بعدٍ مادي . وما إن بدأ الإكلينيكيون بالاستقرار في استقلالهم الذي أحرزوه مؤخراً ، حتى بدأت شركات التأمين الخاصة وشبه الحكومية العاملة تزداد أكثر فأكثر . وبدأ العلاج النفسي يندرج تحت هذه التنظيمات ، وأصبح الممارسون مؤهلين للحصول على التعويضات المادية ، كما أصبح الأشخاص الذين لم يكونوا قادرين على دفع متطلبات العلاج النفسي ، أو الذين لم يكونوا ينوون الدفع ؛ مشمولين بالتأمين الطبي . ولكن سرعان ما شن المهنيون الطبيون حملاتهم لاستثناء الأخصائيين الإكلينكيين من الحصول على التعويضات ، ما لم يتم تحويل المرضى إليهم من قبل الأطباء . وبعد أن خسر الأطباء النفسيين معركتهم القديمة حول العيادات المستقلة ، انتقلت المعركة الآن إلى قضية التعويض الذي تقدمه شركات التأمين مباشرةً للأخصائيين الإكلينكيين دون تدخل من الأطباء .

وأفضل مثال على ذلك ، الممارسات التي قامت بها شركة فيرجينيا للوقاء الأزرق (Blue Shield of Virginia - BSV) . حيث كانت الشركة ، ولعدة سنوات ، تطلب من الأخصائيين

النفسيين تقديم فاتورة أتعابهم عن طريق الأطباء . وفي المقابل ، استمرت محاولات الأخصائيين النفسيين للحصول على التعويض المباشر مقابل خدماتهم للأعضاء المنتسبين للشركة ، ولكن دون فائدة . وفي النهاية ، قامت أكاديمية فيرجينيا للأخصائيين الإكلينيكين برفع قضية ضد الشركة ، وقد جاء حكم المحكمة لصالح الشركة . ولكن مع استئناف القضية قامت المحكمة بتغيير القرار وتأييد مطالب الأكاديمية . كل هذه الإجراءات القانونية كانت قد بدأت عام 1978 ، ولم تنته بشكل تام حتى عام 1982 ، وذلك عندما قامت المحكمة بمنح الأكاديمية أكثر من 450.000 دولاراً كأتعاب للمحامين . وقد شكلت النتيجة نصراً مهماً للأخصائيين الإكلينيكين في سعيهم لتأسيس مهنة مستقلة بشكل تام ، يمكنها المنافسة في سوق العمل ، وذلك بشروط مساوية لتلك التي يتمتع بها الأطباء النفسيون (R.J Resnick, 1985) .

إن المهنة التي بدأت بهدوء وتواضع في صالونات عاجية ، تجد نفسها الآن في صراع ومنافسة على سوق العمل : إذ تبتعد أكثر فأكثر عن الروح الأكاديمية والتدريسية ، وتقترب أكثر فأكثر من روح المقولة والأعمال الخاصة . واليوم ، يتمتع الإكلينيكيون بامتيازات التعويض من قبل معظم المشمولين بالتأمين وبالرعاية الطبية ، ومن قبل أكثر من 30 برنامجاً من برامج المساعدة الطبية في الولايات المتحدة (R.J Resnick, 1997) .

ثورة الرعاية الصحية *The Health Care Revolution*

لقد ازدادت كلفة الرعاية الصحية بشكل كبير في العديد من أجزاء العالم . ففي الولايات المتحدة مثلاً ، شكلت هذه الكلفة 4.5٪ فقط من مجمل الناتج القومي عام 1950 . ولكن مع حلول عام 2008 ، يُتوقع أن تتضخم هذه الكلفة لتصل إلى 16٪ من مجمل الناتج المحلي (Senator Bill Frist, M.D. September 12, 2001) .

وقد كثر الحديث ، على مدى سنوات عديدة ، حول البرنامج القومي للتأمين الصحي في الولايات المتحدة . فكانت النتيجة نشأة صناعة جديدة تتمثل بظهور شركات كبرى للرعاية الصحية غايتها جني الفوائد ، في صناعة ربما أحدثت انقلاباً في جميع أركان الرعاية الصحية (Zimer, 1989) . إن هدف إدارة الرعاية الصحية (Managed Care) هو التصدي للكلفة العالية للرعاية الصحية ، ليس على مستوى خدمات الصحة الجسدية فقط ، وإنما على مستوى خدمات الصحة النفسية (أو السلوكية) أيضاً . وأصبحت شركات التأمين -أو أي طرف ثالث آخر- تأخذ على عاتقها تحديد مقدار التعويضات المقدمة لخدمات الصحة النفسية . وبشكل أساسي ، فإن أولئك الذين يسددون الفواتير في النهاية (مثل أصحاب العمل) هم الذين يتحكمون بالمسائل المادية ، ويأخذونها من أيدي الممارسين (Cumming, 1995) .

ومن المهم أن ندرك أن إدارة الرعاية الصحية تقع على خطٍّ مستقيم ومتصل . وبصورة عامة ، فإن "إدارة الرعاية الصحية تعد منحىً متكاملًا في تمويل وتقديم الرعاية الصحية" (Bobbitt, 1998, p.54). ولقد كان النظام التقليدي للألعاب-مقابل-الخدمة نظاماً "دون إدارة" ، وقليل السيطرة على أي الممارسين من مستوى الدكتوراة يمكن استخدامه ، وعلى المبالغ المطلوبة مقابل الخدمة ، ونوعية هذه الخدمة ، وتكرار الانتفاع بها . وقد أصبحت خطط التأمين "أكثر قابلية للإدارة" ، إذ صارت شبكات مزودي الخدمات أكثر انتقائيةً ، وأصبح عنصر الاستفادة من الخدمات خاضعاً للتقييم من حيث ملاءمته وفعاليتها ، وبدأت منظمات إدارة الرعاية الصحية بتأسيس برامج تحسين الجودة (Bobbitt et al., 1998). ويلخص الجدول 3-3 هذه الميزات وغيرها .

وبالرغم من أن هذه الثورة في الرعاية الصحية كانت قد انطلقت منذ عدة عقود ، إلا أن آثارها أصبحت أكثر وضوحاً هذه الأيام . وقد أصبح التركيز منصباً على عنصر التكلفة ، وذلك مع توسع المؤسسات نحو ما يشبه المجمعات الصناعية الطبية ، ومع تأكيدها على عقلية السوق (Kiesler & Morton, 1988). ومع نهاية عام 1997 ، كان حوالي 85٪ من الأميركيين منتسبين إلى خطة ما أو برنامج من برامج إدارة الرعاية الصحية (Winslow, 1998). وبالتالي ، يمكننا أن نتوقع استمرار الضغط على الممارسين المستقلين . كما أصبح هناك ميلٌ إلى استخدام التدخلات العلاجية المختصرة والمجدية اقتصادياً ، كما وأصبح على الممارسين إثبات تأثير تدخلاتهم هذه بطريقة تجريبية ، وعليهم توثيق فعاليتها في إعدادهم للخدمات (Cummings, 1995).

الجدول 3-3 المميزات العامة لإحدى منظمات إدارة الرعاية الصحية السلوكية

- معروفة بأنها كيان تجاري ، أو بنية مؤسسية كبرى .
- توفر سلسلة كاملة من الخدمات الإكلينيكية المتاحة (أو التي يتم التنسيق بشأنها) .
- نظام معتمد من الشبكات العاملة أو الفرق الطبية التي تقدم الخدمات .
- إدارة الرعاية والاستفادة منها .
- أنظمة لإدارة المعلومات (تتبع العضوية ، أهلية الاختيار ، وبيانات تأهيل موافق عليها) .
- أساليب منظمة لإدارة الجودة وتحسينها .
- القدرة على تقدير المخاطرة المالية ، بما في ذلك دفع مستحقات التأمين .

(adapted from Bobbitt, B. L. , Marques, C. C. , & Trout, D. L. 1998 , Managed behavioral health care: Current issues, recent trends, and the role of psychology. Clinical Psychology: Science and Practice, 5, 53-66, APA)



د. باتريك ه. دي-ليون

Patrick H. DeLeon Ph.D., J.D.

د. دي-ليون أخصائي إكلينيكي معروف ، يعمل رئيساً للمشرق العامل مع السيناتور دانييل ك. إنوي (نائب ديمقراطي عن ولاية هاواي) . ود. دي-ليون من نشطاء الرابطة النفسية الأميركية (APA) كملك . وقد عمل لسنوات عديدة رئيساً للرابطة (APA) ، وسكرتيراً لها ، وعضواً في مجلس إدارتها ، ورئيساً لمجلس الرابطة للشؤون المهنية ، ورئيساً لشعب علم النفس الإكلينيكي (الشعبة 12) والعلاج النفسي (الشعبة 29) وعلم النفس والقانون (الشعبة 41) في الرابطة .

ولربما كان د. دي-ليون أشد المؤيدين للحصول على امتيازات وصف الأدوية للأخصائيين النفسيين . وقد طرحنا عليه عدة أسئلة حول خلفيته ونشاطاته .

■ هل يمكنك أن تخبرنا شيئاً عن خلفيتك واهتماماتك؟

لقد نشأت في عائلة نشطة سياسياً إلى حد كبير ، فوالدي محاميان ، وكانت والدتي واحدة من أولى الخاضعات الإناث في ولاية كونيكت . وأول عضوة منتخبة في مجلس بلدية المدينة . وطالما ظننت بأنني سأصبح حامياً ، ولو أنني لم أذهب إلى برنامج الدراسات العليا لكنت أصبحت مسؤولاً مُنتخباً دون شك . وقد بدأ العمل تحت قبة البرلمان مناسباً جداً ، وخاصة أنني بدأت العمل لحساب السيناتور إنوي في اليوم الذي بدأت فيه فطيرة ووترجيت ، منذ أكثر من 25 عاماً . وفي ذلك الحين ، تم إدراج اسمي في جامعة معهد هاواي للصحة العامة ، وعملت في شعبة ولاية هاواي للصحة النفسية . وقد طلبت جامعة هاواي خبرة إقامة ، لذا أخذت إجازة في الصيف وبحثت إلى العاصمة ، ولم أعادها بعد إلا لفترات قصيرة للمشاركة في مؤتمرات تابعة للكونجرس . وعلى مر السنين ، أدركت أن العديد من موظفي الكونجرس نشأوا في أسر نشطة في القضايا السياسية ، لذلك يتعلم المرء قيمة الخدمة العامة منذ الصغر . وتصبح العملية السياسية والسياسات العامة أمراً "طبيعياً" ، وذات معنى شخصي ، وبالتالي أسلوباً في الحياة .

وقبل لعمل مع السيناتور إنوي ، كنت أخصائياً إكلينيكياً في شعبة ولاية هاواي للصحة النفسية . ولقد عملت أولاً في دائرة مستقلة في مستشفى الولاية ، وبعد ذلك نتيجة لحركة تطور مراكز الصحة النفسية المجتمعية - تم الدمج ما بين المسؤوليات المتعلقة بالخدمات الداخلية والخارجية . وقد عملت بشكل رئيسي كنائب لمدير المركز ، وكنت أنوئى التعامل مع الحالات "الحظرة" و"المزمنة" من ناحية إكلينيكية . وقبل ذلك كنت قد عملت مع زوجتي كضباط تقييم ميداني (Field Assessment Officers-FAOs) لصالح قوات السلام ، وكفريق لمشروعني القبحي والقلبين . وقد كان ذلك شيقاً ، خاصة عندما كنا نقيم في الدول المضيفة .

■ ما هو أكبر تحدٍّ يواجهه علم النفس الإكلينيكي اليوم؟

أعتقد بأن أكبر تحدٍّ يواجهه اليوم كأخصائيين تحدٍّ داخلي : أن نقدر -وبشكل جماعي- المدى الذي وصلنا إليه

بالفعل: إحدى "الهن العلمية" المرموقة، وأن لدينا بالتالي - التزامات اجتماعية تتطلب منا استلام القيادة الفعالة والنشطة. كثيرون لا يقدرون حقاً أننا عائلة واحدة. فعلى سبيل المثال، قد يجذب الأخصائي النفسي إلى منصب إداري رفيع المستوى، وبعد ذلك ينصرف وكأنه لم يعد أخصائياً نفسياً. ويعكس المؤسسات الطبية المنظمة التي تسعى دوماً نحو تطوير مستقبل مهنتها، فالقليل منا مستعدٌ لتحمل المشقة والعناء لتعزيز الخبرات النمائية للحيل القادم بطريقة منظمة. وقد تحدث كثيراً عن عزيمتنا القيام بعمل ما، إلا أن ما نقوم به ونجزه بالفعل قليل جداً. ويرأي، فهذا تكمن أهمية تأسيس اللجنة المنبثقة عن الرابطة النفسية الأميركية لطبلة لدراسات العليا (Committee for the American Psychological Association of Graduate Students - APAGS)، والتي تضم حالياً ٥٥ ألف عضو، وتمثل مستقبل مهنتنا. وعلينا أن نمد إليهم يد العون على نحو ما، وخاصة على مستوى الولايات. كما علينا أن نعزيز توجهات فكرية مختلفة تماماً بشكل مؤسسي. إذا تمكنا من تحقيق ذلك، تكون قد وصلنا إلى الخبرة والقدرة الخلاقة على الازدهار، وذلك بالرغم من كل ما يبدو بأنه أزمات يومية تمثل إدارة الرعاية الصحية، وفيود الميزانية - ومعاً سنقوم بعملنا بشكل رائع؛ أما كأفراد منعزلين عن بعضنا بعضاً، فمن الصعب أن نتنبأ بما يمكن أن يحدث.

- وفقاً لوجهة نظرك، لماذا ينبغي أن يسعى الأخصائيون الإكلينيكيون إلى امتيازات وصف الأدوية وحيازتها؟
- الإجابة ملخصة من كتاب دي ليون وويجيتز (DeLeon & Wiggins, 1996)، على النحو التالي:
- تشير جميع الدلائل الموضوعية المتعلقة بنوعية الرعاية التي يقدمها العاملون من غير الأطباء (كالممرضين، ومساعدتي الأطباء، وأخصائيي النظر) إلى أنها عالية الجودة، وفعالة من حيث التكلفة.
- لقد تم إثبات أنه بالإمكان تدريب غير الأطباء على وصف الأدوية يحتاج.
- اهتمام الأخصائيين النفسيين بالحصول على التدريب النفسي -الدوائي والخبرة الإكلينيكية اللازمة لوصف الأدوية بطريقة كفؤة.
- من خلال حصولهم على امتيازات وصف الأدوية، يكتب الأخصائيون النفسيون أيضاً السلطة القانونية اللازمة لتحديد ما إذا كانت الأدوية ضرورية أو ملائمة (القدرة على الحكم بعدم وصف الأدوية).
- ويرأي، فسيكون اعتماد الأخصائيين النفسيين على الأدوية أقل من اعتماد الأطباء عليها (وقد تبين ذلك في عدة مشاريع بحث أولية ظهرت حتى اليوم)، وسيؤدي هذا إلى مستوى أعلى من الرعاية المتاحة.

وهناك عدد من أنظمة إدارة الرعاية الصحية، وكلها تحاول ضبط التكلفة والتقليل من استخدام الخدمات، وتحافظ على نوعية هذه الخدمات في الوقت نفسه. وسنذكر باختصار نوعين أساسيين من هذه الأنظمة، يرمز لهما بالإنجليزية (HMOs) و (PPOs). وفي النوع الأول المتمثل بمنظمة الحفاظ على الصحة (Health Maintenance Organization (HMO)، يتم توظيف عدد محدد من الأخصائيين لخدمة أولئك المشمولين بالتأمين، حيث تكون كلفة جميع الخدمات ثابتة. أما منظمة مقدم الخدمة المفضل (Preferred Provider Organization (PPO)) فتقوم بتوقيع عقود مع أخصائيين خارجيين (مع نسبة من الخصم) لتلبية احتياجات

أعضائها . ويمكن القول نظرياً إنه مقابل نسبة الخصم هذه ، يتلقى الأخصائيون أعداداً متزايدة من الحالات .

وهذه الأنظمة الحديثة نسبياً في تقديم الخدمات تملّي على الأخصائيين الإكلينيكين تعريفات جديدة لما تمثله المعالجة النفسية ، وأشكالاً جديدة من الممارسة أيضاً . وقد ناقش كامنجز (Cummings, 1995) بعض هذه "التحولات النموذجية الجوهرية" ، متوصلاً إلى ما يلي : (أ) الجلسات العلاجية مع المرضى ستكون أقل ، وستكون أعداد المرضى الذين يعالجون سنوياً أكبر . (ب) المعالجات ستكون مختصرة (جلسات أقل) ومتقطعة (قد لا تتم مقابلة العميل لعدة أسابيع) . (ج) يعمل المعالج كمحفّز للعملاء كي يُحدث التغيير في حياتهم . (د) تحدث التغييرات في معظمها خارج نطاق المعالجة . (هـ) العلاج لا يكون نهائياً ("لقد شفيت") ، وإنما يمكن إيقافه بعد أن يتضح تقدم العميل . (و) يكون اللجوء إلى مصادر المجتمع (مثل المدمن المجهول ، والآباء دون شركاء) على أوسع نطاق . (ز) تأخذ معظم المعالجات في معظمها شكل العلاج الجمعي ، وتتضمن برامج نفسية-تعليمية مقننة (مثل التدريب على إدارة الضغوط النفسية) . إن لكل من هذه التغييرات المتوقعة تأثيره الدرامي . وتأثيرها النهائي سيشكل نوعاً من التدخل العلاجي النفسي الذي يختلف بشكل كبير عن العلاج النفسي "التقليدي" .

وفي الحقيقة ، قد تؤثر إدارة الرعاية الصحية على الاتجاه العام المتعلق بتوظيف الأخصائيين الإكلينيكين من حملة الدكتوراة ، والذين ينوون العمل كممارسين إكلينيكين (R.G. Frank & VandenBos, 1994) ، إذ :

ستتميز أنظمة إدارة الرعاية المتكاملة بالاعتماد على مقدمي خدمات الرعاية الأولية ، والتكامل الإكلينيكي عبر خط متصل من الخدمات المقدمة لكل مريض ، والمشاركة في تحمل الكلفة المالية ما بين الفائمين على تقديم الرعاية (الدفع الضريبي) . وستتجه ممارسات الأطباء نحو الرعاية الأولية ، وسيزداد نطاق استخدام أصحاب المهن المساعدة للأطباء ، مثل الممرضين الممارسين ، ومساعدتي الأطباء . ومن الأرجح أن يكون هناك توجه مماثل في مجال الصحة النفسية ، يتمثل باستخدام أوسع لمقدمي الخدمات من مستوى الماجستير من جميع التخصصات (ص . 852) .

إن تكلفة الأخصائيين الممارسين من مستوى الماجستير ومن شبه المهنيين تعتبر "الأرخص" في تقديم الخدمات نفسها ، ويُنظر إليها بالتالي على أنها بديل اقتصادي جذاب ، بالنسبة لشركات إدارة الرعاية الصحية (Cummings, 1995; McFall, 2002; Sleek, 1995a) .

إلا أن تدريب العالم-الممارس أو العالم الإكلينيكي يوفر بعض الفرص في بيئة إدارة الرعاية الصحية . فالأخصائيون الإكلينيكيون ، على سبيل المثال : (أ) لديهم توجه تجريبي يركز على دراسة النتائج ، مما يساعد على تطوير التحيزات المهنية والحد منها ، (ب) لديهم مهارات تختلف عن مهارات الأطباء ، (ج) يمكنهم التركيز على الوقاية من مشكلات الصحة النفسية ، والتركيز على الصحة بدلاً من المرض ، و(د) يدركون مدى تأثير البيئة على السلوك (Kiesler&Morton,1988) . وكل ذلك يمكن أن يثير شهية نظام تستند عليه شركات كبرى تسعى للربح . على أية حال ، فإننا لم نقم ببذل جهد كافٍ في الإعلان عن فعالية معالجاتنا النفسية (Barlow,1994) .

وقد وضع بروسكوسكي (Broskowski,1995) عدداً من أبعاد التوجهات الإصلاحية في الرعاية الصحية ، على تدريب الأخصائيين النفسيين وعملهم . فأولاً ، من المحتمل لسوق عمل الممارسين المستقلين (أولئك الذين في العيادات الخاصة) أن يستمر في التقلص . وعلى عكس ذلك ، فمن المحتمل أن تتزايد -وبشكل درامي- فرص الأخصائيين الإكلينيكيين الذين يتخصصون في مجال الصحة النفسية ، وذلك لأن هؤلاء الأفراد -نتيجةً لتدريبهم- أقدر على توسيع نطاق خدماتهم ، بما في ذلك تلك المتعلقة بالرعاية الطبية . ثانياً ، إن زيادة التركيز على المساءلة وعلى النتائج العلاجية ستفتح أبواباً للأخصائيين الإكلينيكيين الذين لديهم الخبرة في البحث الإكلينيكي والسيكومتري ؛ حيث ستم الاستعانة بهم لتصميم وتقييم الدراسات التي تبحث في النتائج العلاجية للمرضى ، ومدى رضا المرضى عنها ، ومدى تأثير المعالجات النفسية المختلفة . وأخيراً ، فإن برامج التدريب في علم النفس الإكلينيكي تحتاج إلى مزيد من التركيز على تدخلات العلاج النفسي المجدية والفعالة من حيث التكلفة ، وتوفير التدريب الإكلينيكي في أماكن تقديم الرعاية الصحية ، ودمج الدروس التعليمية في أبحاث الخدمات الصحية التطبيقية لبرامجها . وكما هو مأمول ، ستحظى هذه الاقتراحات بالاهتمام كي يتلقى الأخصائيون الإكلينيكيون مستقبلاً التدريبات اللازمة لتطوير أدائهم في بيئة إدارة الرعاية الصحية .

ويقدم بوبيت وزملاؤه (Bobbitt et al.,1998) الرؤية التالية للفرص المستقبلية للأخصائيين النفسيين في عالم إدارة الرعاية الصحية :

الجدول 3-4 التطورات الحديثة المتعلقة بالرعاية الصحية السلوكية

1. من المتوقع زيادة كلفة الرعاية الصحية مرة أخرى . يُتوقع أن يتجه المنحى الحديث نحو تقليص الكلفة السنوية للرعاية الصحية إلى مسار معاكس . وخاصةً أنه من المتوقع أن تتضاعف هذه التكلفة من 1.035 تريليون دولار عام 1996 إلى 2.133 تريليوناً في عام 2007 (McGinley, 1998) . والنوفير الذي حدث مرة عندما تحول معظم الأميركيين من نظام الأنعاب-مقابل-الخدمة إلى أنظمة إدارة الرعاية الصحية قد تحقق . وستكون زيادة التكلفة في المستقبل مرتبطة بالتقنية الطبية والخدمات الطبية ووصف الأدوية بشكل أساسي (McGinley, 1998) .
2. للمعالجون النفسيون يشنون اتجاهات جديدة في إدارة الرعاية الصحية . كي يحافظوا على استقلاليتهم ، يتجه بعض المعالجين النفسيين إلى إعادة النظر ببدل أنعابهم ، وبإدارتهم الذاتية ويقتطعون وتحكمهم بالكلفة . ويمكن لجماعات الاختصيين في الصحة النفسية أن يتجنبوا فقدانهم للسيطرة على خدماتهم لصالح جهات أو مؤسسات تابعة لأنظمة الرعاية الصحية (Jeffrey, 1998) . إذ يمكنهم مثلاً أن يعملوا بأنفسهم كرفاء على ممارساتهم الإكلينيكية ، وذلك من خلال إعادة النظر في عدد الجلسات المخصصة للمرضى ، وتقييم نوعية الجلسات .
3. الأخصائيون الإكلينيكيون يقومون بتقديم الخدمات على أساس "معدل الحالة" . فبحسب معدل الحالات ، تقوم شركات إدارة الرعاية بدفع أنعاب ثابتة للأخصائي الإكلينيكي (ولنقل 300 دولاراً مثلاً) مقابل عدد يصل إلى 10 جلسات للمريض الواحد (Pollock, 1998) . ومن الواضح هنا أن الأخصائيين الإكلينيكيين لديهم الحافز المالي لاستخدام عدد أقل من جلسات العلاج . فالأخصائي الإكلينيكي الذي يقوم بإجراء 3 جلسات علاجية مثلاً كان يقبض 100 دولار لكل جلسة ، بينما الذي يقوم بكامل الجلسات العشر يتلقى 30 دولاراً فقط للجلسة الواحدة . ومع أن الأول لديه عدد أكبر من الحالات ، إلا أن نسبة ما يتقاضاه للجلسة الواحدة سيكون أعلى . أما الإكلينيكي الثاني ، فقد يكون لديه عدد أقل من المرضى ، إلا أن التعويض الذي يقبضه عن كل جلسة سيكون أقل كثيراً مما يتقاضاه الأول ، وبصورة واضحة .

إن رؤيتنا لعلم النفس الإكلينيكي هي أن نواصل العمل على تطوير نتائج الأبحاث النفسية ونشرها ، يرافق ذلك تحولات في برامج تدريب تركز على دمج الممارسة الإكلينيكية بالنظم الإدارية . . . إن تطبيق العلم في بيئة عملية يتطلب فهماً للتعقيدات الإدارية التي تتضمنها الرعاية الصحية المنظمة . وإذا ما سار علم النفس باضطراب في السنوات القليلة القادمة ، وأجرى مثل هذه التحولات في برامج التدريب ؛ فمن المحتمل أن يصبح بالإمكان تدريب الأخصائيين النفسيين للقيام بأدوار أساسية ، سواء كأخصائيين إكلينيكيين ، أو كقادة إداريين في نظام رعائي متطور (ص . 64) .

برزت على مدى العقد الأخير مسألة مهمة أثارت جدلاً واسعاً، تمثلت بسعي الأخصائيين الإكلينيكين للحصول على امتيازات وصف الأدوية. وقد أيدت الرابطة النفسية الأميركية (APA) هذا المطلب (Martin, 1995)، كما باركه عدد من كبار المسؤولين الرسميين فيها (DeLeon, 1998; Nickelson, 1995 Fox, & Graham, 1991; DeLeon & Wiggins, 1996; Fox, 1996; Albee, 2002 Bush, 2002; DeNelsky, 1996). وآخرون إما محايدون أو معارضين لهذه المسألة بشدة (Hayes & Heiby, 1996; Wagner, 2002). وسيكون لاتخاذ قرار السعي للحصول على هذه الامتيازات آثارٌ بعيدة المدى في تعريف دور الأخصائي الإكلينيكي، ونوع التدريب الذي يحتاجه، وممارسته الفعلية.

الخلفية Background

لقد قام الأخصائيون الإكلينيكيون في السنوات الأخيرة بتوسيع نطاق اهتمامهم من قضايا الصحة النفسية إلى قضايا الصحة بشكل عام. وهذا التعريف الجديد لميدان علم النفس الإكلينيكي الذي يهتم بالصحة العامة (بما فيها الصحة النفسية) يطرح عدداً من المسائل المثيرة للاهتمام، والتي تتعلق بأفضل الطرق في ضمان عمل الأخصائي الإكلينيكي بصورة مستقلة، دون أن تتدخل بها المهن الطبية أو غيرها (Fox, 1982). ويرتني مؤيدو هذا التوجه أن امتياز وصف الأدوية سيضمن للأخصائي الإكلينيكي استقلاليته، ويسمح له بالاستمرارية في الرعاية ومتابعة الحالة. ومثل هذا الأمر يكون مفقوداً عندما يقوم الطبيب النفسي بوصف الأدوية للمريض، بينما يزاول الأخصائي الإكلينيكي تقديم العلاج النفسي للمريض نفسه بشكل منفصل. وفوق ذلك كله، يؤكد دي-ليون (DeLeon, 1998) ونورفليت (Norfleet, 2002) أن واجبنا المهني والأخلاقي يتضمن تحسين وتوسيع نطاق الخدمات التي نقدمها، بحيث يصبح بإمكاننا تغطية احتياجات المجتمع من خلالها. كما أن هذا الامتياز سيمكن الأخصائيين النفسيين من تلبية احتياجات الفئات السكانية الأقل حظاً (كسكان الأرياف والمرضى المسنين).

على أية حال، لقد أثارت بعض التساؤلات الفلسفية حول مسألة السعي وراء امتيازات وصف الأدوية. فعلى سبيل المثال، يرى بعضهم أن الحاجة إلى وجود حدود مهنية بين الأخصائيين الإكلينيكين والأطباء النفسيين، نقضي علينا بعدم دمج المعالجات الطبية (الأدوية) ضمن مخزوننا العلاجي (Albee, 2002; Handler, 1988). بالإضافة إلى ذلك، يؤكد هؤلاء أن التوجه غير الدوائي لعلم النفس الإكلينيكي هو الذي يميزه كمهنة من مهن الصحة النفسية، وهو سر جاذبيته أيضاً. ويشير دي-نيلسكي (DeNelsky, 1991, 1996) إلى أنه حتى من دون امتياز وصف الأدوية، فإن

أعداد الأخصائيين الإكلينيكين الذين يقومون على تقديم الخدمات النفسية الخارجية يزداد أكثر فأكثر ، بينما العكس صحيح بالنسبة للطب النفسي .

وفي ما يلي بعض نقاط الجدل الرئيسية المؤيدة والمعارضة لامتيازات وصف الأدوية .

المؤيدون Pros

هنالك عدد من الحجج التي تؤيد السعي وراء امتياز وصف الأدوية . وسنورد باختصار عدداً من أكثر المبررات شيوعاً . ولقد نوقشت هذه الحجج أو المبررات في مقابلة أجريت عام 1995 ، مع المدير التنفيذي لمديرية الممارسة المهنية التابعة للرابطة النفسية الأميركية (Nickelson, 1995) ، وأكد عليها آخرون يؤيدون امتيازات وصف الأدوية (e.g. DeLeon & Wiggings, 1996; Norfleet, 2002) .

أولاً ، إن الحصول على امتيازات وصف الأدوية يتيح للإكلينيكين تقديم مدىٍّ أوسع من المعالجات ، ومعالجة أطيف واسعة من العملاء أو المرضى . إذ ستصبح المعالجات التي تتضمن الأدوية خياراً متاحاً ، مما سيقود إلى انخراط الإكلينيكين بشكل متزايد في معالجة الحالات التي تلعب الأدوية دوراً أساسياً في علاجها (مثل الفصام) .

والميزة الإيجابية الثانية لهذا الامتياز هي إمكانية زيادة الفعالية من حيث الكلفة في رعاية المرضى ، الذين يحتاجون إلى المعالجة النفسية والمعالجة الدوائية في الوقت نفسه . فغالباً ما يحتاج هؤلاء الأفراد إلى أكثر من أخصائي في مجال الصحة النفسية (طبيب نفسي للأدوية ، وأخصائي إكلينيكي للمعالجة المعرفية-السلوكية) . ومن الناحيتين العملية والاقتصادية ، قد يكون من المرغوب اللجوء إلى أخصائي واحد في الصحة النفسية يمكنه تقديم جميع هذه المعالجات .

هناك اعتقاد أيضاً بأن امتيازات وصف الأدوية ستمنح الأخصائيين النفسيين ميزة تنافسية في سوق الرعاية الصحية . إذ تزداد المنافسة في مجال الرعاية الصحية بشكل كبير ، وبالتالي يمكن لحيازة امتيازات وصف الأدوية أن تشكل ميزة إيجابية ينفرد بها الأخصائيون الإكلينيكيون عن غيرهم من الأخصائيين في مجال الرعاية الصحية (مثل الأخصائيين الاجتماعيين) . وأخيراً فبعضهم ينظر إلى حيازة هذه الامتيازات على أنها تطور طبيعي في السعي المتواصل لعلم النفس الإكلينيكي نحو بناء مهنة متكاملة في الرعاية الصحية ، بدلاً من بقاءه مجرد مهنة للرعاية في مجال الصحة النفسية .

وقد عبر أخصائيو إكلينيكيون آخرون عن قلقهم بشأن احتمال حيازة الإكلينيكي لامتيازات وصف الأدوية (1996; 1991, Brentar&McNamara, 1991; DeNelski, Albee, 2002; Handler, 1988, Hayes&Heiby, 1996; Heiby, 2002). ويشير هؤلاء النقاد إلى أن هذه الامتيازات قد تقود إلى التقليل من شأن الأشكال "النفسية" من العلاج؛ وذلك لأن الأدوية عادةً ما تعمل بشكل أسرع، ومن المحتمل أن تكون أكثر نفعاً من العلاج النفسي. وكثيرون يخشون من هذا التحول المفاهيمي الذي يُحتمل حدوثه، ومن أن تأخذ التفسيرات البيولوجية للحالات الانفعالية أولوية على التفسيرات النفسية.

إن حصول الأخصائي الإكلينيكي على امتياز وصف الأدوية قد يدمر علاقة علم النفس الإكلينيكي بالطب النفسي، وبالطب بشكل عام. وقد ينجم عن مثل هذا النزاع دعاوى قضائية مكلفة مالياً. وهذا العبء المالي، إضافة إلى الأتعاب القانونية اللازمة لتعديل قوانين الترخيص الحالية، قد يأتيان على حساب برامج موجودة حالياً. بالإضافة إلى احتمال أن يؤدي التحويل بوصف الأدوية إلى زيادة تكلفة التبعات القانونية لسوء الممارسة. باختصار، قد لا يستحق امتياز وصف الأدوية كل هذا العناء.

المضامين التدريبية Implications for Training

عند حيازة الأخصائيين النفسيين لامتيازات وصف الأدوية، فإن هذا الأمر سيؤثر على التدريب المستقبلي للأخصائيين الإكلينيكيين. ففي عام 1993، قامت الهيئة المؤقتة الخاصة بعلم النفس الدوائي (Ad Hoc Task Force on Psychopharmacology) التابعة للرابطة النفسية الأمريكية (APA) بنشر توصياتها المتعلقة بمعايير الكفاءة في تدريب الأخصائيين الإكلينيكيين على تقديم الخدمات للأفراد الذين يتلقون أدوية نفسية (Smyer et al., 1993). وقد حددت هذه الهيئة المراحل الثلاث التالية للكفاءة والتدريب النفسي الدوائي. ويجدر الانتباه إلى أن أولئك الذين يتمون هذه المراحل بنجاح، سيكونون هم فقط المؤهلين لوصف الأدوية.

المرحلة الأولى: التدريب الأساسي في علم النفس الدوائي: وتشمل الكفاءة في هذه المرحلة معرفة الأسس البيولوجية لعلم النفس الدوائي العصبي، والإحاطة بأصناف الأدوية المستخدمة للعلاج، إضافة إلى المعرفة بالمواد التي يمكن إساءة استخدامها أو الإدمان عليها (مثل الكحول أو الكوكايين). ولإتمام هذه المرحلة من التدريب، يوصى بدراسة مساق عام في علم النفس الدوائي لفصل دراسي واحد.



أ. د. إلين م. هيبى

Elaine M. Heiby Ph.D.

(قسم علم النفس - جامعة هاواي)

د. هيبى أستاذة في علم النفس في جامعة هاواي. وتشمل اهتماماتها البحثية: نظريات السيطرة الذاتية، الاضطرابات الانفعالية، والالتزام بالسلوكيات الصحية، وقد نشرت الكثير فيما يتعلق بهذه المجالات. كما أن د. هيبى معروفة بقيادتها لأولئك المعارضين للسعي وراء امتيازات وصف الأدوية للأخصائيين النفسيين. وقد أتاحت لنا فرصة لمؤال د. هيبى عن خلفيتها ونظريتها المتعلقة بامتيازات وصف الأدوية.

■ ما الذي أثار اهتمامك ببدان علم النفس الإكلينيكي؟

عندما التحقت بالدراسات العليا عام 1974، كنت أترى أن أصبح أكاديمية في برنامج نفسي سلوكي. وقد كانت تلك الفترة مثيرة لبدان علم النفس السلوكي، وذلك عندما ظهرت أعمال علماء مثل وولبي وستاتس وسكنر، توضح إمكانية تعميم المبادئ الخشيرة الأساسية لفهم سلوكيات الإنسان المعقدة، وإمكانية التخفيف من معاناة الإنسان. عندها أدركت بأنني أريد المساهمة في الجمع والتوليف بين المبادئ السلوكية وعلم النفس التطبيقي. وفهمت أيضاً أن علم النفس الإكلينيكي مهنة نامية، تفتقر بصورة مذهلة إلى الأسس العلمية في اختيار البرامج الوقائية والعلاجية الفعالة. لذا فقد اخترت أن أتم التدريب على مستوى الدكتوراة في كل من علم النفس الإكلينيكي وعلم النفس السلوكي، مدركة بأن تدريبي الإكلينيكي يعتبر أساسياً لكي أكون قادرة على تحقيق التكامل ما بين النظرية والممارسة في علم النفس الإكلينيكي.

■ صفني لنا ماهية الأنشطة التي تقومين بها كأخصائية إكلينيكية.

أنا أستاذة في قسم علم النفس في جامعة هاواي في مانوا، كما أنني أخصائية إكلينيكية مرخصة. وأقوم بتدريس مساقين في مجال التقييم الإكلينيكي ضمن برنامج الدراسات العليا الإكلينيكي، ومساق في علم نفس الشواذ لطلبة البكالوريوس، وأشرف على أبحاث طلبة الدراسات العليا والبكالوريوس، وأقوم بإجراء بعض الأبحاث النفسية الخاصة بي، كما أنني أشارك في مجالس منظمات علم النفس والأخصائيين النفسيين. وقد كنت أمارس العلاج النفسي بدوام جزئي في عيادة خاصة لمدة عشر سنوات تقريباً. إلا أن عملي التطبيقي الآن محدود بتقديم الاستشارات وبالشهادة كشاهد خبير في المحاكم. وقد تضمن عملي الاستشاري تطوير قواعد للتقييم والمعالجة للقائمين على تقديم الخدمات الصحية السلوكية، وتقييم نتائج العلاج في مختلف مواقع الصحة النفسية، وتقديم خدمات التقييم النفسي للمحاكم الأسرية والجنائية.

■ ما هي مجالات تخصصك أو اهتماماتك الدقيقة؟

إن اهتماماتي تشمل (أ) تطوير نظريات تكاملية في السيطرة الذاتية والاضطرابات الانفعالية (الاكتئاب، القلق، الغضب، والهوس) والالتزام بالسلوكيات الصحية، (ب) بناء أدوات تقييم مختصرة، بما في ذلك مقاييس مهارات

السيطرة الذاتية وتعزيز الذات ، وغيرها من القدرات السلوكية المتعلقة بالاضطرابات الانفعالية والالتزام بالسلوكيات الصحية ، و(ج) تطبيق نظرية الفوضى لفهم الحالات الانفعالية الشنجية والمؤقتة .

■ ما هي التوجهات المستقبلية التي تتوقعونها لعلم النفس الإكلينيكي؟

أعتقد أن الفترة الحالية هي فترة مثيرة جداً للعلم الإكلينيكي والعلماء-الممارسين ، فبيئة الرعاية الصحية تتطلب اليوم دليلاً على وجود خدمات مجدية ، وهذه المتطلبات التي يفرضها السوق تتلاءم مع التوجهات الأساسية للعلم ، والتي تتضمن توفير الدعم الاقتصادي والتجريبي لتنبؤاتنا ، وقد تكون إدارة الرعاية الصحية مجدية للعلماء-الممارسين الذين يضعون قيمة كبرى على الخدمات المدعومة علمياً باعتبارها الأكثر إنسانية . وستكون هناك حاجة إلى علماء نفس تطبيقيين لتدريب المعالجين على الأساليب الأكثر فعالية ، ولتقديم بتقييم البرامج الوقائية والعلاجية ، وتقديم الخدمات المباشرة للحالات الأكثر صعوبة ، والاستشارات لمقدمي الخدمات الطبية والمؤسسات الحكومية ورجال الأعمال ... الخ .

وسيجد العلماء الإكلينيكيون متحاً مالية أكثر لدعم أبحاثهم لرامية إلى تطوير أساليب وأدوات تقييم وعلاج فعالة من حيث الكلفة . لذا ، أعتقد أن الاختصاصيين الإكلينيكيين المدربين علمياً ستوفر لهم معظم فرص العمل في المستقبل ، وسيكونون الأكثر رصاً عن عملهم .

■ إنك ممن يرفضون سعي الاختصاصيين الإكلينيكيين لحيازة امتيازات وصف الأدوية ، لماذا؟

أعتقد أن طبق علم النفس الإكلينيكي عمتلى . فهناك العديد من احتياجات المجتمع غير الملباة من الخدمات النفسية الفعالة . والاختصاصيون النفسيون هم الوحيدون من مقدمي خدمات الصحة النفسية الذين تم تدريبهم على علم سلوك الإنسان ، والذين يتيح لهم موقعهم اتخاذ أفضل القرارات الإكلينيكية المدروسة . وبالكاد استطاع الباحثون سبر أغوار المستويات النفسية لتكيف الإنسان ومعاناته . وإذا ما تولى علم النفس مهمة التدريب الطبي والممارسة الطبية ، فسيكون هذا على حساب شيء آخر . فعلى مستوى التدريب ، سيكون على طلبة البكالوريوس المتخصصين أن يأخذوا مواداً تهيدية طبية ، الأمر الذي لن يجذب -على الأرجح- العديد من الطلبة المهتمين بهذا التخصص . كما سيزيد العبء على برامج الدراسات العليا ؛ فإضافة عدد آخر من سنوات التدريب الطبي على برامج الماجستير سيأتي على حساب سنوات التدريب النفسي . كما سيصبح علماء النفس التطبيقيون أقل خبرة في علم السلوك ، وسيقل عدد أفراد هيئات التدريس في علم النفس التي تجري الأبحاث الأساسية والتطبيقية .

وبالرغم من ذلك ، فأعتقد أن هنالك بعض الآثار الإيجابية مقترحة امتيازات وصف الأدوية . إذ أنه يشجع الاختصاصيين النفسيين التطبيقيين ليصبحوا أكثر كفاءة في تقديم توصياتهم إلى الأطباء ، وفي تقييم فعالية المعالجة الطبية ، كما يشجع الاختصاصيين النفسيين على دمج علم النفس الإكلينيكي والعلم العصبي السلوكي . وما لا شك فيه أن الأبحاث المشتركة والمتكاملة ستعمل على تعزيز الخدمات الشاملة ، وتطوير العلم النفسي . وعلى المدى البعيد ، قد ينجم عن هذه التغييرات تخصص مهجين ، ومهنة تتضمن الأبعاد الراهنة للعلوم النفسية والطبية . وعلى أية حال ، أعتقد في الوقت الحالي بأن إصدار تشريع لتحويل علم النفس الإكلينيكي إلى تخصص طبي هو أمر سابق لأوانه . وأخيراً ، إن الاختصاصيين النفسيين الذين يريدون امتيازات وصف الأدوية أحراراً في سعيهم للتدريب المتاح أصلاً -كما في التمريض- دون ثقل المصادر بعيداً عن علم النفس .

المرحلة الثانية : الممارسة المشتركة : وتتضمن الكفاءة في هذه المرحلة - والتي تتيح للفرد أن يعمل كمستشار في علم النفس الدوائي - معرفة أعمق بعلم النفس الدوائي ، وبالعقاقير التي يُساء استخدامها ؛ وكفاءة في التقييم التشخيصي ، والتقييم الجسدي ، وفي فهم تفاعلات الأدوية والأعراض الجانبية لها ؛ وتدريباً عملياً في علم النفس الدوائي . وقد أوصت الهيئة بالتحاق الأخصائي الإكلينيكي بمساقات في مختلف هذه المجالات ، وبخبرة عملية تحت إشراف خبراء مختصين .

المرحلة الثالثة : امتيازات وصف الأدوية : يجب التأكد في هذه المرحلة من كفاءة الأخصائي الإكلينيكي في ممارسة وصف الأدوية بشكل مستقل . وقد أوصت الهيئة بضرورة توفر خلفية قوية على مستوى الدراسة الجامعية الأولى في العلوم البيولوجية (بما في ذلك مساقات متعددة في الأحياء والكيمياء والرياضيات والصيدلة) ، وبسنتين من الدراسات العليا في علم النفس الدوائي (26 ساعة معتمدة) ، ثم العمل كمقيم نفسي صيدلي بعد انتهائه من الدكتوراة .

إن هذه التوصيات - إذا ما تم تنفيذها - ستؤثر على برامج الدراسات العليا في علم النفس الإكلينيكي من عدة جوانب . أولاً ، ونتيجةً للمتطلبات الدراسية الإضافية (في المرحلتين 2 و3) ، فإن إتمام الدراسات العليا سيستغرق مدة أطول . وفي كثير من الأحيان ، سيحتاج الأمر إلى توظيف مزيد من أعضاء هيئة التدريس لتعليم المساقات الجديدة المطلوبة . فمعظم هذه المساقات لا تكون مطروحةً في برامج الدراسات العليا . وأخيراً ، سيتم التدقيق في طلبات الالتحاق بالدراسات العليا ، للتأكد من أن المتقدمين لديهم خلفية قوية في علوم البيولوجيا . وربما لا يكون من المفاجئ أن نجد العديد من رؤساء برامج الدراسات العليا قلقين بشأن تطبيق تدريب وصف الأدوية لطلبة مستوى ما قبل الدكتوراة (Evans&Murphy, 1997) .

خدمات الصحة النفسية الحساسة ثقافياً

Culturally Sensitive Mental Health Services

تتوقع دائرة الإحصاءات العامة في الولايات المتحدة أن نسبة النمو السكاني للبيض من الأصول غير اللاتينية ما بين عامي 1995 و2050 ستكون أدنى نسبة مقارنةً بالفئات الإثنية/العرقية في أميركا . إذ أن النسبة المتوقعة لنموهم تبلغ 7.4٪ ؛ بالمقابل ، يُتوقع أن تكون نسبة الزيادة عند السود 69.5٪ ، وعند الأميركيين الأصليين 83٪ ، وعند اللاتينيين 258.3٪ ، وعند الآسيويين الأميركيين 269.1٪ .

وفي مجتمع يشهد نمواً متزايداً في التعددية ، كالولايات المتحدة ، تنشأ حاجة ملحة لتطوير خدمات الصحة النفسية التي تلبي احتياجات الأقليات الثقافية والعرقية والإثنية بشكل فعال (Abe-Kim & Takeuchi, 1996; Shiang, Kjellander, Huang, & Bogumill, 1998; D. W. Sue, 1990). ويمكن للمرء أن يناقش هذه النقطة على سائر المستويات تقريباً: أخلاقياً ، واقتصادياً ، وغير ذلك . إلا أنه من الضروري أن نطور برامج تدريبية ، تعمل على إنتاج معالجين نفسيين يتعلمون كيفية التعامل مع العوامل الثقافية ، وأخذها بالاعتبار أثناء عملهم الإكلينيكي مع عملاء ينتمون إلى ثقافات مختلفة عن ثقافتهم (Robinson, & Knepp, 1994; Allison, Crawford, Echemendia, 1989; Mio & Morris, 1990 al., et Lopez Comas Diaz, 1992).

فعلينا مثلاً أن نجد طرقاً لجعل المعالجات الناجحة أكثر توافراً لللاتينيين ، بحيث تكون متفهمّة للخصائص المميزة للثقافة اللاتينية (Rogler, Malgady, Costantion, & Blumenthal, 1987). ويمكن أن تنطبق الملاحظات والاعتبارات نفسها في حالة الأميركيين الأصليين (Willis, 1990) ، والأميركيين من أصول أفريقية (A. Johns, 1991) وآسيوية (Shiang et al., 1998).

ولقد قامت الرابطة النفسية الأميركية (APA, 2003) مؤخراً بنشر خطوط إرشادية عريضة حول إعداد الأخصائي النفسي ، من حيث التعليم والتدريب والبحث والممارسة والتنظيم ، فيما يتعلق بالثقافات المختلفة . والهدف من ذلك هو إبراز مبررات الاهتمام بالتعددية الثقافية والحاجة إليها في علم النفس ، واقتراح طرق يمكن للأخصائيين النفسيين أن يقوموا من خلالها بدمج وعيهم الثقافي ضمن أدوارهم كمربين وباحثين وإكلينيكيين . وباختصار ، فإن هذه الخطوط الإرشادية تحت الأخصائيين النفسيين على :

■ الالتزام بالوعي الثقافي والمعرفة بالذات والآخرين ككائنات ثقافية ؛

■ إدراك أهمية الإحساس بالتعددية الثقافية ؛

■ دمج التعددية الثقافية والتنوع في التعليم والتدريب ؛ وأخيراً ،

■ إدراك أهمية الثقافة في البحث النفسي والعمل الإكلينيكي .

ولعل هدف الذين طوروا هذه الخطوط الإرشادية هو تزويد الأخصائيين النفسيين بإطار في تقديم الخدمات (التعليمية والإكلينيكية وغيرها) لمجتمع تزداد فيه التعددية .

وبشكل مواز لهذه الخطوط ، دعا س . سو (S. Sue, 1998) الأخصائيين الإكلينيكيين وغيرهم من أخصائيي الصحة النفسية إلى إثبات ما أسماه بالكفاءة الثقافية (cultural competence) : معرفة وتفهم خصائص الجماعات الثقافية الأخرى ، والمهارات التي تجعل الأخصائي قادراً على التعامل بفعالية مع الأفراد في هذه المجموعات . وقد عرف سو (1998) ثلاث خصائص لهذه الكفاءة الثقافية :

■ الميل العلمي (Scientific-mindedness) : ينبغي على الإكلينيكيين أن يكونوا قادرين على صياغة واختبار فرضياتهم حول عملائهم الذين ينتمون إلى ثقافات متباينة ، وعليهم ألا يلتزموا بـ "أسطورة التماثل" .

■ القياس الدينامي (Dynamic sizing) : ينبغي أن يتمتع الإكلينيكيون بمهارة معرفة "متى يعمّمون ويكونون شموليين ، ومتى يخصّصون ويكونون حصريين" (ص . 446) . وهذا الأمر يتيح لهم تجنب الصور النمطية ، مع الحفاظ على تقديرهم لأهمية الثقافة المعنية وتأثيرها .

■ العلم بالخصوصية الثقافية (Culture-specific expertise) : ينبغي أن يعي الإكلينيكيون ثقافتهم الخاصة وأبعادها ، وأن يكونوا على دراية بالجماعات الثقافية التي يعملون معها ، وأن يتمكنوا من استخدام التدخلات العلاجية المبنية على أساس ثقافي إذا دعت الحاجة لذلك .

ووفقاً لما يقوله سو (1998) ، فإن هذه الخصائص موجودة بدرجات متفاوتة بين الأخصائيين الإكلينيكيين . لذا ، عليهم أن ينشطوا في تطوير هذه المهارات للوصول إلى الكفاءة الثقافية في عملهم مع الجماعات المختلفة من العملاء أو المرضى .

وقد برزت في السنوات الأخيرة أيضاً مسائل الجندر ، وتزايد ما نسمعه من تقارير حول حالات الاستغلال الجنسي للعملاء . فمنذ أيام فرويد وحتى يومنا الحاضر ، ونحن نواجه مشكلة في تدريب ذلك النوع من المعالجين الحساسين تجاه الخبرات الحياتية الخاصة بالجنس الآخر . وخاصة أن هنالك الكثير من الأخصائيين الإكلينيكيين (رجالاً ونساءً على حدٍ سواء) الذين لا يتلقون إلا قليلاً من التدريب الذي يركز على الاحتياجات الفريدة للنساء والخبرات المتعلقة بهن . وعليه ، ينبغي تدريب الأخصائيين الإكلينيكيين مستقبلاً على إدراك وفهم الفروق الجندرية والتنوع الثقافي ، وكيفية ارتباط هذه المسائل بالشروط والتدابير التي يجب اتخاذها في إعداد خدمات الصحة النفسية .

المعايير الأخلاقية Ethical Standards

هنالك محك واحد يمكن من خلاله قياس نضج أية مهنة ، وهو مدى التزامها بمجموعة من المعايير الأخلاقية . وقد كان علم النفس رائداً في وضع نظام من القواعد الأخلاقية للمهنة المتعلقة بالصحة النفسية . حيث تعود أولى القواعد المبدئية التي تشرتها الرابطة النفسية الأميركية (APA) إلى عام 1951 . وفي عام 1953 ، قامت الرابطة رسمياً بنشر المعايير الأخلاقية للأخصائيين النفسيين (Psychologists of Standards Ethical) (American Psychological

(Association, 1953). وقد ظهرت مراجعات لهذه المعايير في الأعوام 1958 ، 1963 ، 1977 ، 1979 ، 1981 ، 1990 ، 1992 ، وأحدثها عام 2002 .

وتحمل المراجعة التي ظهرت عام 2002 للمعايير الأخلاقية للأخصائيين النفسيين وقواعد السلوك (Ethical Standards of Psychologists and Code of Conduct) خمسة مبادئ عامة ، إضافةً إلى معايير أخلاقية محددة ، تتعلق بالأنشطة المختلفة للأخصائيين الإكلينيكين : التقييم ، التدخل العلاجي ، العلاج النفسي ، البحث ، الأنشطة الجنائية .. إلخ (American Psychological Association, 2002) . وتتضمن المبادئ العامة ما يلي :

■ الإفادة وعدم الإيذاء : يسعى الأخصائيون النفسيون دوماً من أجل فائدة ومصلحة أولئك الذين يخدمونهم ، وعدم إيذائهم .

■ الأمانة والمسؤولية : هنالك مسؤولية مهنية وعلمية للأخصائيين النفسيين نحو المجتمع ، ونحو إقامة علاقات تتسم بالثقة .

■ النزاهة : في جميع نشاطاتهم ، يسعى الأخصائيون النفسيون إلى ممارسة الدقة والشفافية والصدق .

■ العدالة : إن لجميع الأشخاص الحق في الوصول إلى مهنة علم النفس والإفادة منها ، وينبغي على الأخصائيين النفسيين أن يدركوا احتمالات تحيزهم وحدود كفاءتهم .

■ احترام حقوق الأشخاص وكرامتهم : يحترم الأخصائيون النفسيون حقوق جميع الناس وكرامتهم ، ويتخذون جميع التدابير التي تتضمن حماية هذه الحقوق .

وبالرغم من أن هذه المبادئ العامة ليست قواعد إلزامية من الناحية الفنية ، إلا أنها تعمل كموجه لأفعال الأخصائيين النفسيين . أما المعايير الأخلاقية المحددة فهي بمثابة قواعد إلزامية للسلوك . إذ أن الرابطة النفسية (APA) تُلزم أعضائها بالالتزام بهذه المعايير ، والتي ستتم مناقشة عدد منها في الأجزاء اللاحقة . وبالطبع ، فالممارسة الإكلينيكية الفعلية ومتطلباتها اليومية قد تتمخض عنها قرارات أو معضلات أخلاقية ، يمكن أن ترهق أكثر الأشخاص حكمةً في هذا الميدان . كما أنه مع مرور الزمن ، فقد تشكل التغيرات المستمرة في ثقافتنا أسساً غير مستقرة ، بما يتحدى قدرة الأخصائي النفسي على الحكم . خذ الحالة المعروضة في التوضيح 3-1 على سبيل المثال .

والآن ، فلنركز النقاش على بعض النواحي الأساسية من المعايير الأخلاقية .

وهناك عدة أوجه مهمة لمسألة الكفاءة . أولاً ، على الأخصائيين الإكلينيكين أن يعرفوا دائماً بمستوى تدريبهم بدقة ، وبالتالي لا يجب على من يحمل الماجستير منهم أن يقود أحداً ما للاعتقاد بأنه يحمل درجة الدكتوراة . كما أن مجرد تجاهله لحقيقة أن بعض الناس يستمرون بمناداته بلقب "دكتور" ليس كافياً . وإذا ما تدرّب الإكلينيكي ليكون مرشداً نفسياً ، فيجب أن يقدم نفسه بناءً على ذلك ، لا على أنه أخصائي إكلينيكي . والأخصائيون الإكلينيكيون ملزمون بالسعي إلى تقديم أنفسهم بصورة دقيقة فيما يتعلق بتدريبهم وبسائر أوجه كفاءتهم . وهذا يعني أيضاً أنه ينبغي عليهم عدم القيام بالمعالجات أو الإجراءات التقييمية التي ينقصهم فيها التدريب أو الخبرة تحت إشراف مختص . وعندما يكون هنالك أي شك حول كفاءات معينة لديه ، فمن الحكمة أن يبحث الأخصائي عمّن يمكنه الإشراف عليه من ذوي الخبرة .

كما أنه من المهم أيضاً أن يكون الإكلينيكي حساساً تجاه مسائل العلاج والتقييم التي يمكن أن تتأثر بالجندر أو الخلفية الإثنية/العرقية للمريض ، أو بعمره أو توجهه الجنسي أو دينه ، أو بإعاقته أو مستواه الاقتصادي الاجتماعي . وأخيراً ، بقدر ما يكون لدى الأخصائي الإكلينيكي من مشكلات شخصية أو نقاط ضعف في شخصيته بحيث يمكن أن تؤثر على أدائه ، فعليه الاحتراز من أن تؤثر هذه المشكلات على لقاءاته بالمرضى أو تعامله معهم .

الخصوصية والسرية Privacy and Confidentiality

على الأخصائي الإكلينيكي واجباً أخلاقياً باحترام سرية معلومات العميل وحمايتها . وللسرية مكانتها المركزية في علاقة العميل بالمعالج . وإذا ما تم التصريح بأية معلومات دون موافقة العميل ، فإن علاقة الثقة يمكن أن تهتز بطريقة لا يمكن إصلاحها . على الإكلينيكيين توخي الانفتاح والوضوح فيما يتعلق بالسرية ، وتحت أية ظروف يمكن الخروج عنها . ففي المناخات السائدة اليوم ، ليست كل المعلومات محصنة أو تحظى بالامتنياز ؛ فقد يكون هنالك مثلاً طرف ثالث (مثل شركات التأمين) يتكفل بدفع الأتعاب المترتبة على علاج المريض ، وقد يطلب الاطلاع على سجلات المريض بشكل دوري بغرض مراجعتها . وأحياناً قد تتضمن السجلات المدرسية بيانات تقييمية قد تكون متاحة لآخرين من خارج إدارة المدرسة وفقاً لظروف معينة (إذا ما طلبتها المحكمة مثلاً) . وبشكل متزايد ، يجد الأخصائيون الإكلينيكيون أنفسهم غير قادرين على إعطاء وعود بالسرية المطلقة .

الإكلينيكيون الذين يشاركون في برامج الاتصال بالراديو أو برامج الحوار في التلفاز أو مجموعات الإنترنت : ماذا عن الأخلاقيات؟

في عام 1953 ، ورد في المعايير الأخلاقية للأخصائيين النفسيين (Ethical Standards of Psychologists) (American Psychological Association, 1953) ما يلي :

المبدأ 2 ، 64-1 : ليس من الأخلاقي تقديم الخدمات النفسية بهدف التشخيص الفردي أو المعالجة أو النصح بشكل مباشر أو غير مباشر من خلال المحاضرات أو العروض الجماهيرية ، أو المقالات في الصحف أو المجلات ، أو برامج التلفاز أو الراديو ، أو ما يشابهها من وسائل الإعلام .

لقد كانت هذه الفكرة واضحة جداً ومنطقية عام 1953 . فالنصح المهني مسألة فردية ينبغي تشكيّلها بحيث تناسب العميل ، ولا يمكن أن يقوم الإكلينيكي بذلك بناءً على محادثة لمدة 3 دقائق مع شخص اتصل به على الراديو . ولكن في عام 1953 ، لم يكن هناك سوى عدد قليل نسبياً من برامج الاتصال بالراديو (أو برامج التلفاز!) التي يقدمها الإكلينيكيون . أما الآن ، وكما نعلم جميعاً ، فهناك عدد أكبر من تلك البرامج بالتأكيد . وكما في جميع المهن ، فبعض أصحاب هذه البرامج خفيفو الظل ومرحون وقليلو المهارة بشكل عام . وبعضهم الآخر يظهرون مهارةً واهتماماً صادقين بينما هم يوجهون النصح للمتصل ويحثونه للبحث عن المساعدة المختصة .

وبعيداً عن التقديرات القوية للإعلام ، فهناك أسباب مشروعة لعرض مثل هذه البرامج ، فبالنسبة للعديد من الأشخاص المكرويين أو المحرومين ، قد تكون هذه البرامج مصدرهم الوحيد للمساعدة أو الدعم ، كما أنها قد تجعل المستمعين الآخرين أكثر حساسية ووعياً ، مما يساعد على منع المشكلات من التطور ، أو من أن تصبح أسوأ مما هي عليه . وبالنسبة لآخرين ، قد تقوم هذه البرامج بتزويد المتصل بقدر من الشجاعة أو الفهم الضروريين للبحث عن الخدمات المناسبة والمتخصصة .

وقد أوضحت الرابطة النفسية الأميركية (APA) هذه النقاط في مراجعتها للمعايير الأخلاقية عام 2002 ، من خلال السماح بـ "النصح أو التعليق" كسبيل للـ "علاج" - عن طريق برامج الراديو أو التلفاز أو عن طريق الإنترنت ، طالما يجري اتخاذ تدابير وقائية معقولة لضمان أن تكون التعليقات (أ) مبنية على المبادئ والممارسات النفسية الملائمة ، (ب) متسجمة مع هذه القواعد الأخلاقية ، و(ج) لا تجعل المتلقي يستنتج أنه تم تأسيس علاقة مهنية (أي علاقة معالج وعميل) معه بشكل شخصي .

وبالرغم من أن هذه الإرشادات تبدو واضحة ، إلا أنه من المحتمل أن يظهر كثير من الغموض في تنابها ، وخاصة فيما يتعلق بالصحة النفسية عبر جماعات الإنترنت . فعلى سبيل المثال ، قد يتبنى الأخصائيون النفسيون عدداً من الأدوار عند مشاركتهم مع جماعات الإنترنت ، سواء كعضو مختص (مثل : رئيس مجموعة "أسأل الخبير") أو كعضو مناظر (أي أنه لا يعرف نفسه على أنه أخصائي نفسي) (Humphreys, Winzelberg, & Klaw, 2000) . وقد يكون لكل دور مضامينه المختلفة في القواعد الأخلاقية للرابطة (APA) والمتعلقة بالخصوصية والسرية والعلاقة

الشخصية (Humphreys et al., 2000). فلا يجب أن يقوم الأخصائي النفسي مثلاً باعتبار أي رسالة إلكترونية مرسلة إلى أحد الأفراد أو إلى الجماعة ككل على أنها خاصة أو سرية. فالرسائل الإلكترونية تعدّ سجلات دائماً يمكن إعادة توزيعه على الكثير من الناس، بما فيهم الأشخاص غير المستهدفين بها. إضافة إلى ذلك، يتم إغراء البعض للدخول في علاقة شخصية "إلكترونية" علاجية نتيجة للاستفسارات الشخصية من أعضاء الجماعة. على أية حال، هذا الأمر غير محبذ كثيراً، وذلك لأن الأخصائيين النفسيين لا يمكنهم التحكم بالموقف بحيث يضمنون الحفاظ على المسؤولية الأخلاقية (Humphreys et al., 2000). فمثلاً قد تكون هنالك قيود صارمة على نوع التصرفات التي يمكن اتخاذها إذا ما اعترف شخص للأخصائي النفسي بأنه يقترب أفعالاً مسببة إلى الأطلاق.

هنالك سؤال آخر حول وجوب أن تكون جميع المعلومات سرية أم لا؟ فلنأخذ هنا مثلاً قضية تاراسوف الشهيرة عام 1976. حيث قام عميل في مركز الإرشاد الجامعي بإخبار معالجه بأنه يخطط لقتل صديقه، فقام المعالج بإعلام شرطة الجامعة بنوايا عميله، والتي سارعت إلى اعتقال العميل. ولكن نظراً لأن صديقه كانت مسافراً في إجازة، فقد قرروا إطلاق سراحه. وبعد ذلك أقدم العميل فعلاً على قتل صديقه. وفيما بعد، قام والدا الفتاة برفع قضية ضد المعالج والشرطة والجامعة؛ بدعوى أن هذه الأطراف الثلاثة أهملت إعلامهم بالتهديد. وقد أصدرت المحكمة العليا لكاليفورنيا حكمها لصالح الوالدين؛ وذلك على اعتبار أن المعالج كان مقصراً قانونياً لعدم إعلامه جميع الأشخاص المعنيين بالأمر، بحيث يمكن تلافي وقوع الجريمة. إن مثل هذا القرار يشير بالتأكيد قضايا قد ترهق القدرة على الحكم لدى كل الأخصائيين الإكلينيكين تقريباً دون استثناء.

وما يزيد من غموض المسألة ذلك التباين في القوانين والتشريعات بين ولاية وأخرى. فالأخصائيون الإكلينيكون لا تقع عليهم تبعة اتخاذ القرار حول من يبلغون المعلومات، ومتى، وتحت أية ظروف فحسب؛ بل عليهم أيضاً أن يحاولوا تحديد ما إذا كان قرار تاراسوف ينسحب أيضاً على ولاياتهم. وبالرغم من أن المعايير الأخلاقية تشير بوضوح إلى أن الأخصائيين الإكلينيكين عليهم إفشاء المعلومات السرية لحماية العميل/المريض أو المعالج أو غيرهما من الإيذاء، إلا أن عبارة "وفقاً لما يسمح به القانون" ما تزال مصدراً للإرباك بالنسبة لبعضهم. ومن الواضح بأن هذا يعزز الفكرة القائلة إن على الأخصائيين الإكلينيكين على الدوام أن يواكبوا القوانين الراهنة في مناطقهم ويراعونها.

وتتضمن السرية تعقيدات مختلفة أخرى. فماذا عن العمل مع الأطفال مثلاً؟ كما أن مسائل السرية قد تبرز في التعامل مع المرضى المصابين بفيروس الإيدز (HIV) (Chenneville, 2000). من الواضح بأن عامة الناس تؤمن بأهمية السرية وأولويتها، إلا أنها تتفهم أيضاً إمكانية خرق مبدأ السرية في حالات الاشتباه بالإساءة إلى الأطفال أو احتمالات الانتحار أو القتل، وغيرها من

المواقف المهددة للحياة ، والتي من الممكن وقوعها . وعلى أية حال ، فمعظم الإكلينيكين يتفقون على أن المواقف التي يشعرون فيها بالحاجة لاستشارة أحد الزملاء أو باحتمال أن يشكل العميل خطراً ، هي المواقف الوحيدة التي يمكنهم فيها إفشاء المعلومات دون أخذ موافقة العميل .

وأخيراً ، فمن الجدير بالذكر أن قرار المحكمة العليا عام 1996 في قضية جاف ضد ريدموند (Jaff v.Redmond) تقدم أساساً يعزز مبدأ السرية وخصوصية الاتصال بين أخصائيي الصحة النفسية المرخصين والمرضى الراشدين في العلاج النفسي . لذا ، وفي المحاكم الفدرالية على الأقل ، تُشترط الموافقة المسبقة للمريض الذي يتلقى العلاج النفسي قبل الكشف عن ملفات علاجه ، أو اتصالاته ووثائقه . وفي جوهره ، فإن قرار المحكمة العليا يعزز النظرة القائلة إن خصوصية العلاج النفسي مسألة مهمة . ولكن ، ولأن هذا القرار لا يبطل بالضرورة قوانين الولايات أو قرارات محاكم الولايات ، على الأخصائيين النفسيين أن يكونوا مطلعين على قوانين ولاياتهم المتعلقة بالسرية وخصوصية الاتصال في العلاج النفسي . هذا وقد تمت مناقشة قرار جاف ضد ريدموند بكل أبعاده ومضامينه بإسهاب من قبل كل من دي-بيل وجونز (DeBell&Johns,1997) ، وناب وقاند-كريك (Knapp&VandeCreek,1997) ، وشومان وفوتي (Shuman&Foote,1999) .

العلاقات الإنسانية Human Relations

تطرح العلاقات المزدوجة عديداً من الأسئلة الأخلاقية المتعلقة بمصلحة العميل . فالاتصال الجنسي بالعميل أو توظيفه أو بيعه منتجاً ما ، أو حتى إقامة علاقة صداقة معه بعد انتهاء العلاج ، كلها سلوكيات يمكن أن تقود إلى استغلال العميل أو إيذائه . ومن الواضح أن مثل هذه الأحداث تسيء إلى المهنة ، ولو أنها لم تكن شائعة . كما يمكن للاتصال الجنسي في علاقات الإشراف أن يكون مدمراً بالقدر نفسه .

وأشوأ هذه العلاقات المزدوجة هي التحرشات والعلاقات الجنسية بين الأخصائي النفسي والعميل الراهن . وبلا شك ، فإن المبادئ الأخلاقية تُدين مثل هذه السلوكيات بشكل قاطع وحاسم . وما ينذر بالخطر تزايد الشكاوى المقدمة ضد الأخصائيين النفسيين بسبب التحرشات الجنسية . إضافة إلى ذلك ، تشير البيانات التي تدور حول أثر العلاقة الجنسية بين المعالج والعميل ، إلى أن نسبة العملاء الذين أشاروا إلى تأثير إيجابي نتيجة لهذه العلاقة نسبة قليلة (Lamp&Catanzaro,1998) .

هناك ناحية أخرى ذات صلة وثيقة بمصلحة العميل ، وتتضمن استعداد الأخصائي الإكلينيكي لإنهاء العلاج عندما لا يعود مجدياً للعميل . فعلى سبيل المثال ، في إحدى الحالات

المُحالة إلى إحدى اللجان الأخلاقية ، قام الأخصائي النفسي بمعالجة طفل لأكثر من عامين ، ثم أبلغ والديه أنه بحاجة إلى سنتين آخرين من العلاج . فقررت لجنة المتابعة أن العلاج لا يتفق مع التشخيص ، ولا وجود لأي دليل يشير إلى تقدم معقول (American Psychological Association, 1981) .

ما هي أنواع المشكلات الأخلاقية التي يواجهها الأخصائيون الإكلينيكيون بشكل مستمر؟ لقد تم تناول هذا السؤال في دراسة قام بها بوب وفيتير (Pope & Vetter, 1992) . ولتقييم أكثر الحالات المشكلة أخلاقياً التي يواجهها الإكلينيكيون ، قام الباحثان بتوزيع استبانة على عينة تم اختيارها عشوائياً من أعضاء الرابطة النفسية الأميركية (APA) . وقد أشار 80٪ تقريباً من المستجيبين إلى أنهم واجهوا موقفاً واحداً على الأقل خلال العام أو العامين الماضيين . وأكثر المشكلات الأخلاقية تكراراً هي التي تتعلق بالسرية (خرق السرية بسبب الخطورة الفعلية أو المحتملة المتعلقة بطرف ثالث ، أو الشك بالإساءة إلى الأطفال ، أو غيرها من الأسباب) . وقد جاءت الحالات التي تتضمن علاقات ضبابية أو مزدوجة أو صراعية في المرتبة الثانية (الحفاظ على حدود العلاج مع العملاء ، العلاقات المهنية مقابل الشخصية مع العميل) . أما الفئة الثالثة الأكثر تكراراً ، فتتضمن مسائل مثل مصادر تسديد الأتعاب وخطط تغطيتها وأوضاعها وطرقها (مثل التغطية غير الكافية من قبل شركات التأمين للعملاء ذوي الاحتياجات الملحة والعاجلة) . ومن المجالات الأخرى التي تشهد حالات وإشكلات أخلاقية ، نذكر : التدريب أو التدريس ، علم النفس القضائي ، البحث ، سلوك الزملاء ، المسائل الجنسية ، التقييم ، التدخلات العلاجية الضارة أو المثيرة للريبة أو التساؤل ، والكفاءة .

وسواء كان الأخصائيون النفسيون باحثين تجريبين أو إكلينيكيين ممارسين ، فإنهم يخضعون للرقابة الشديدة من أجل الكشف عن أي دليل يشير إلى انتهاكات أخلاقية . وهنا لا بد من الإشارة إلى أن المسائل الأخلاقية في البحث أو الممارسة ليس من السهل حلها دائماً ، كما أنه ليس من السهل رصد انتهاكاتهما . ولكن إذا كان لعلم النفس الإكلينيكي أن يستمر كمهنة مختصة ، فعليه أن يجد طرقاً تضمن الالتزام بأعلى معايير السلوك .

ملخص الفصل Chapter Summary

هناك العديد من التحديات المعاصرة التي تواجه مبدان علم النفس الإكلينيكي . أولاً ، هناك عدد من نماذج التدريب المتاحة ، لكل منها تركيزه المختلف ونتائجه . ومن الواضح بأن نموذج العالم-الممارس هو أكثر هذه النماذج شهرةً ، إلا أن بعض الإكلينيكيين أصبحوا غير

راضين عن هذا النموذج ، وأخذوا يتساءلون حول حقيقة إمكانية الدمج بين العلم والممارسة . ونتيجة لذلك ، فقد أخذت بعض النماذج التدريبية التي تركز على ممارسة علم النفس الإكلينيكي (درجة الدكتوراة في علم النفس (Psy.D.) والمعاهد المهنية) بالتزايد في السنوات الأخيرة . وأصبح نموذج العالم-الممارس في النهاية بديلاً يركز على البحث ، وعلى الناحي المدعمة تجريبياً في التقييم والعلاج .

ويتضمن التنظيم المهني لعلماء النفس الإكلينيكين أساليب تهدف إلى حماية الجمهور وضمان الكفاءة . فالمصادقة والترخيص يتمان على مستوى الولايات كمحاولات لتوعية أفراد المجتمع بأولئك الذين يُعتقد بأنهم أخصائيون إكلينيكيون أكفاء ومدربين بشكل جيد . على أن العضوية في المجلس الأميركي لعلم النفس المهني (ABPP) ، والسجل الوطني ، هي الصيغ الأكثر تقدماً من المصادقة التي يسعى إليها الأخصائيون الإكلينيكيون .

وبالرغم من ارتفاع نسبة الأخصائيين النفسيين الذين يعملون في العيادات الخاصة ، إلا أن التغيرات في مجال الرعاية الصحية تشير إلى أن الممارسة في العيادات الخاصة -كما عهدناها يوماً- لن تكون أبداً كما كانت في السابق . وخاصةً أن معظم الأميركيين يشتركون ببرامج للرعاية الصحية ؛ الأمر الذي من شأنه أن يحدّ -بشكل عام- من عدد الجلسات ونسبة الأتعاب والحالات التي تتلقى العلاج (مقابل أتعاب) . وهذه "الثورة" ستؤثر على دور الأخصائي الإكلينيكي ونشاطاته في المستقبل . ومن المسائل الساخنة الأخرى التي يحتمل أن تؤثر على التدريب الإكلينيكي مستقبلاً هي حياة الأخصائي الإكلينيكي لامتيازات وصف الأدوية ؛ حيث أن تطوراً كهذا قد يعيد النظر في تعريف علم النفس الإكلينيكي ، ويتطلب مراجعة دقيقة وجوهرية للمناهج المتبعة في تدريب طلبة الدكتوراة .

في هذا الفصل ، تناولنا أيضاً موضوعات تتعلق بالكفاءة الثقافية ، والحساسية الثقافية أيضاً . ففي مجتمع يزداد تنوعاً وتعددية ، ينبغي تدريب الأخصائيين الإكلينيكين على تطوير خدمات نفسية ملائمة وفعالة لمختلف الجماعات والأطياف الثقافية . وأخيراً ، فقد قمنا بعرض شامل للمعايير الأخلاقية التي يلتزم بها الأخصائيون الإكلينيكيون ، بما في ذلك القضايا المتعلقة بالكفاءة والسرية والعلاقات الإنسانية .

■ أكاديمية علم النفس الإكلينيكي العلمي (The Academy of Psychological Clinical Science) : منظمة تُعنى ببرامج الدراسات العليا في علم النفس الإكلينيكي ، وبالأماكن التي تمنح الامتياز فيه ، وتلتزم بنموذج العالم-الممارس في التدريب . وهذه الأكاديمية تنتسب إلى الجمعية النفسية الأميركية (APS) .

■ المجلس الأميركي لعلم النفس المهني (American Board of Professional Psychology -ABPP) : منظمة تمنح شهادة مصادقة للكفاءة المهنية في العديد من التخصصات النفسية . ويمكن السعي للحصول على مصادقة هذا المجلس بعد 5 سنوات من الخبرة التي تتبع الحصول على درجة الدكتوراة ، وتُمنح بناءً على امتحان شفهي ، وملاحظة الأخصائي أثناء تعامله مع إحدى الحالات ، ودراسة سجل الحالات التي قام بعلاجها .

■ المصادقة (certification) : تنظيم مهني يحظر على الأشخاص إطلاق تسمية "الأخصائي النفسي" على أنفسهم عند تقديمهم للخدمات مقابل أتعاب معينة ، ما لم تتم المصادقة عليهم من قبل هيئة من الممتحنين في الولاية .

■ مصلحة العميل (client welfare) : مبدأ أخلاقي يتطلب من الأخصائيين النفسيين احترام سلامة عملائهم ، وحماية العلاقة العلاجية من الاستغلال . ويشمل هذا المبدأ معايير أخلاقية ؛ مثل تجنب العلاقات المزدوجة مع العميل ، والتوقف عن المعالجة عندما تكون غير مجدية .

■ نموذج العلم الإكلينيكي (clinical science model) : نموذج تدريبي يشجع التدريب الصارم على أساليب البحث التجريبية ، ودمج المبادئ العلمية بالممارسة الإكلينيكية .

■ النموذج المشترك في تدريب العالم المهني (combined professional scientific training program) : نموذج تدريبي يقدم تخصصاً مشتركاً في علم النفس الإكلينيكي وعلم النفس الإرشادي وعلم النفس المدرسي .

■ الكفاءة (competence) : مبدأ أخلاقي ، يتطلب من الأخصائي النفسي إدراك حدود خبرته المهنية ، وتحديث معلوماته المتعلقة بالخدمات التي يقدمها .

■ السرية (confidentiality) : مبدأ أخلاقي ، يتطلب من الأخصائي النفسي احترام وحماية المعلومات التي يتم جمعها من العملاء ، وعدم إفشاء هذه المعلومات إلا بعد الحصول على الموافقة الخطية المسبقة من العميل (عدا الحالات الاستثنائية التي قد يتسبب فيها عدم إفشاء المعلومات بالأذى للعميل أو غيره ، أو بتعريضهم للخطر) .

- الكفاءة الثقافية (cultural competence) : المعرفة بالجماعات الثقافية الأخرى وتقييمها تقييماً صحيحاً ، والتمكن من المهارات الفعالة في التعامل مع أفراد هذه الجماعات .
- التنوع (diversity) : ظهور الفروق أو الاختلاف (كما في "التنوع الثقافي") .
- درجة الدكتوراة في علم النفس (Doctor of Psychology (Psy. D.) degree) : درجة متقدمة في علم النفس ، يزداد التركيز فيها نسبياً على المهارات الإكلينيكية والتقييمية ، بينما يقل التركيز فيها نسبياً على الكفاءة في مجال البحث .
- المعايير الأخلاقية (ethical standards) : فيما يتعلق بالأخصائيين النفسيين ، هي قوانين إلزامية في السلوك المهني ، تحددها الرابطة النفسية الأميركية (APA) .
- منظمة الحفاظ على الصحة (health maintaining organization -HMO) : نظام في إدارة الرعاية الصحية ، يتم فيه توظيف عدد محدد من القائمين على تقديم الخدمات المنتسبين للمنظمة ، وفي هذه المنظمة ، تكون كلفة جميع الخدمات محددة .
- الترخيص (licensing) : تنظيم مهني أكثر صرامة من المصادقة . وهو إجراء لا يحدد نوع وطبيعة التدريب المطلوب للتخصيص فقط ، وإنما الأنشطة المهنية التي يمكن تقديمها مقابل أتعاب أيضاً .
- إدارة الرعاية الصحية (managed care) : منحى مؤسسي ربحي في الرعاية الصحية (والنفسية) ، يسعى إلى الحد من تكاليف العلاج عن طريق ضبط الفترات الزمنية التي يتم فيها تقديم الخدمات ومدى تكرارها ، وتحديد أنواع الخدمات المقدمة ، والالتزام بتوثيق ضرورة المعالجة ومدى تأثيرها ، من قبل القائمين على تقديم هذه الخدمات .
- منظمة مقدم الخدمة المفضل (preferred provider organization -PPO) : نظام من أنظمة الرعاية الصحية ، يقوم بالتعاقد مع أخصائيين خارجيين لتقديم الخدمات اللازمة للأعضاء المنتسبين لهذا النظام . ويتم تعويضهم مقابل خدماتهم بنسبة من الخصم ، وذلك مقابل زيادة عدد الأعضاء الحاليين إليهم .
- امتيازات وصف الأدوية (prescription privileges) : الأهلية القانونية لوصف الأدوية . وهناك جدل ساخن حالياً بين الأخصائيين الإكلينكيين حول مرغوبة الحصول على هذه الامتيازات .
- المعاهد المهنية (professional schools) : المعاهد التي تقدم تدريباً متقدماً في علم النفس بصورة مختلفة عن التدريب الذي تقدمه برامج الدكتوراة التقليدية . وبشكل عام ، تقدم المعاهد المهنية تدريباً قليلاً نسبياً في مجال البحث ، بينما تركز على التدريب في مجال التقييم والعلاج النفسي .
- نموذج العالم-الممارس (scientist-practitioner model) : النموذج التدريبي السائد للأخصائيين الإكلينكيين (ويطلق عليه أيضاً اسم نموذج بولدر) . ويسعى هذا النموذج لإعداد

أخصائيين نفسيين قادرين على الجمع بين دور العالم والممارس (أي ممارسة العلاج النفسي بمهارة وحساسية ، وإجراء الأبحاث وفقاً للفرضيات التي يتوصلون إليها من خلال ملاحظاتهم الإكلينيكية) .

■ قضية تاراسوف (Tarasoff case) : قضية شهيرة حدثت عام 1976 ، حكمت فيها محكمة كاليفورنيا العليا بأن المعالج كان مقصراً قانونياً ، لعدم إبلاغه جميع الأطراف المعنية بنية العميل للإيذاء . وقد قُدمت هذه الحالة الأساس القانوني لما يترتب على المعالج النفسي من "واجب الإنذار" .

الفصل الرابع

أساليب البحث في علم النفس الإكلينيكي

Research Methods in Clinical Psychology

الأسئلة الجوهرية:

- 1- ما هي إيجابيات أسلوب دراسة الحالة وما أخذه؟
- 2- ما هي إيجابيات الأسلوب الارتباطي وحدوده؟
- 3- ما هي إيجابيات الدراسات الطولية وحدودها؟
- 4- ما هي المكونات الأساسية للأسلوب التجريبي؟
- 5- ما هي المسائل الأخلاقية الأساسية التي يجب أخذها بعين الاعتبار أثناء إجراء البحث الإكلينيكي؟

محتويات الفصل:

- مدخل إلى البحث.
- أساليب البحث.
- الدلالة الإحصائية مقابل الدلالة العملية.
- البحث والأخلاقيات.
- ملخص الفصل .

لطالما كان نموذج العالم-الممارس هو الفلسفة المهيمنة في تدريب الأخصائيين الإكلينيكين لسنوات طويلة ، فقد أتاح لهم أن يصبحوا خبراء في مجال البحث ضمن العديد من الفرق العاملة في ميادين الصحة النفسية. وبغض النظر عما إذا كان الإكلينيكيون قد أصبحوا باحثين نشطين أو مستهلكين للأبحاث ، فإن أساليب البحث تستمر في كونها محور اهتمام أساسي بالنسبة لكلا المجموعتين. حتى الأخصائيون الذين يتفرغون للعمل في العيادات الخاصة ، يجب أن تكون لديهم دراية بأساليب البحث ؛ إذ أنها تتيح لهم القيام بالمعالجة النقدية للمناحي المختلفة في التقييم والتدخل العلاجي ، وبالتالي القدرة على اختيار أكثرها فائدة وتأثيراً.

وفي هذا الفصل ، سنقدم عرضاً موجزاً لبعض المناهج والأساليب والمسائل الأساسية في البحث الإكلينيكي. كما سنتناول لاحقاً بعض الأسئلة الخاصة بالبحث (مثل دراسات نتائج العلاج). وللمزيد من المناقشة الموسعة لأساليب البحث في علم النفس الإكلينيكي ، يمكن للقارئ الرجوع إلى مراجع وكتب أخرى ؛ مثل كتاب كازدين (Kazdin, 2003) وكتاب شير وتروول (Sher & Trull, 1996).

مدخل إلى البحث Introduction to Research

علق أحدهم مرةً قائلاً إن جزءاً كبيراً من التدريب الإكلينيكي في حقيقته ليس إلا عملية محو للمفاهيم الخاطئة لدى الطلاب حول الأسباب التي تجعل الناس يتصرفون بالطريقة التي يتصرفون بها. فهل العبارات التالية صحيحة مثلاً؟

1. إذا تحدث المريض عن الانتحار ، فهل يعني هذا أنهم لن يحاولوا الإقدام عليه؟
2. هل تحرير المريض من الأعراض دون تزويدهم بالاستبصار يعني عودتها لاحقاً بشكل أو بآخر؟
3. تستطيع الاختبارات الإسقاطية أن تحول دون تحكم المريض بالانطباعات التي يريدون تقديمها؟
4. هل كل ما يحتاجه المرء ليكون معالجاً جيداً هو الاهتمام والتعاطف؟

تدور الأسئلة السابقة حول معتقدات شائعة كان -وما يزال- يحملها بعض الأشخاص ؛ إكلينيكين كانوا أو عاديين. فهل هي عبارات صحيحة؟ من الأرجح أنها ليست كذلك. كما أن الأبحاث -بما تستخدم من أساليب البحث ومناهجه المبينة في هذا الفصل- يمكنها أن تلقي بعض الضوء على هذه المسائل وغيرها.

إن السلوك الإنساني شديد التعقيد ، بحيث أصبح الميدان زاخراً بالنظريات التي تحاول شرحه وتفسيره. فالعوامل التي تؤثر على سلوك معين في زمان ومكان ما كثيرة ومتنوعة ، لدرجة تستوجب منا التشكيك بأية تفسيرات تبدو بسيطة أو حتمية. وفي الحقيقة ، فإن هذه النزعة التشكيكية الصحية تعد قوة موجهة للعلماء في سعيهم الدؤوب للوصول إلى المعرفة ، ولإكlinيين في بحثهم المتواصل عن طرق فعالة في خدمة عملائهم.

ولأن التفسيرات السهلة أو البسيطة أو التقليدية غالباً ما تكون خاطئة أو ناقصة ، فقد تزايد التوجه نحو تطوير عدد من الأساليب المعقدة والدقيقة للوصول إلى تفسيرات مرضية حول السلوك. فنحن الآن نستخدم أساليب أفضل للقيام بتلك الأنواع من الملاحظات السلوكية المنظمة التي يمكن التحقق منها. ولقد تغيرت هذه الأساليب على مر السنين ، وستستمر في التغير ؛ إذ لا توجد هناك أساليب علمية حتمية أو كاملة. وإنما يجب عرض الأفكار أو الفرضيات بدقة ووضوح ، بحيث يمكن اختبارها والتحقق منها من قبل ملاحظين آخرين. والأفكار المرضية هي فقط تلك التي يتم عرضها بطريقة تسمح لنا بدحضها ، لكنها تصمد رغم ذلك.

وللبحث أهداف عدة : فهو يسمح لنا أولاً بتجنب عالم التخمين المطلق أو اللجوء إلى السلطة ؛ فلا نكتفي مثلاً بالجدال حول فعالية العلاج المعرفي-السلوكي ، بل نقوم بإجراء الأبحاث التي تحدد لنا مدى فعاليته أو عدم فعاليته. فالإجابة عن الأسئلة وتسويتها تتم بالتحقق العلمي والملاحظة الموضوعية. ومثل هذه الإجراءات تعد أفضل وسيلة لحل المسائل من مجرد الاحتكام إلى الاستنتاج المنطقي. فإجراءات البحث هذه تسمح لنا بمراكمة الحقائق ، والكشف عن العلاقات ، والتعرف على المسببات والنتائج ، والوصول إلى المبادئ الكامنة وراء هذه الحقائق والعلاقات.

ويساعدنا البحث أيضاً على توسيع نظرياتنا وتعديلها وجعلها اقتصادية وموحدة. فهناك علاقة وثيقة بين النظرية والبحث. فالنظرية تحفز الأبحاث وتوجهها ، كما أنها تتعدل وتشكل وفقاً لنتائج هذه الأبحاث. فعلى سبيل المثال ، كان العالم آرون بيك (Aaron Beck) ، وهو عالم رائد في دراسة الاكتئاب- قد لاحظ منذ سنوات أن المرضى المكتئبين يُظهرون عادةً خصائص في الشخصية يمكن تصنيفها إلى نوعين : الاجتماعي (sociotropic) (الاعتمادية المفرطة) والاستقلالي (autonomous) (التوجه المفرط نحو الإنجاز). وافترض بيك مبدئياً بأن سمات الاجتماعية المفرطة أو الاستقلالية المفرطة تهيج الفرد للإصابة بالاكتئاب ، إلا أن الأبحاث اللاحقة لم تدعم هذا الافتراض ؛ حيث وجد الباحثون بأن هنالك بعض الأفراد الذين يبدوون توجهاً اجتماعياً مفرطاً أو استقلاليةً مفرطة ، إلا أنهم غير مصابين بالاكتئاب.

وقد شكلت هذه النتائج تحدياً للنظرية الأولية التي جاء بها بيك ، وأدت إلى إعادة صياغة الصلة ما بين الشخصية والاكتئاب ؛ حيث افترضت النظرية المنقحة والمسماة بفرضية التطابق أو الاتساق- أن التفاعل ما بين نوع الشخصية (ذات التوجه الاجتماعي أو الاستقلالي) وتجارب الحياة السلبية المتعلقة بها ، يقودان معاً إلى الاكتئاب (Beck, 1983). وبعبارة أكثر دقة ، تنبأ هذه النظرية بأن الأشخاص ذوي التوجه الاجتماعي العالي الذين يواجهون فشلاً في العلاقات (والتي تعد أحداثاً سلبية بالنسبة للأشخاص ذوي الاعتماد العالي) سيصبحون مكتئبين ، إلا أن هذا ليس صحيحاً بالضرورة بالنسبة للأشخاص ذوي الاستقلال الذاتي العالي (الذين تكون مثل هذه الأحداث السلبية أقل دلالة بالنسبة لهم). أي أن الأحداث السلبية يجب أن تتطابق مع نوع الشخصية لكي بتطور الاكتئاب. وبشكل عام ، جاءت نتائج هذه الدراسات لتكون أكثر دعماً لنظرية بيك المعدلة (e.g., Bartelston & Trull, 1995; J. Robins, 1990).

وهذا المثال يوضح لنا كيف يمكن للبحث أن يثري نظرياتنا بالمعلومات من خلال حلقة متصلة من التغذية الراجعة. وبالطبع ، فإن المنطلق الأساسي للأبحاث هو تعزيز قدرتنا على الفهم والتنبؤ بسلوكيات ومشاعر وأفكار الناس الذين يقوم الأخصائيون الإكلينيكيون بتقديم الخدمات لهم. وفي التحليل النهائي ، فالبحث الأفضل فقط هو الذي سينيح لنا التدخل بحكمة وفعالية لصالحهم.

أساليب البحث العلمي *Methods*

وكما ذكر سابقاً ، هنالك عدة طرق وأساليب للبحث ، ولكل منها مزاياه وحدوده. وعليه ، فليس هناك أسلوب واحد يستطيع بمفرده الإجابة عن جميع الأسئلة بشكل حاسم. إلا أنه يمكن لمجموعة متنوعة من الأساليب المجتمعة أن تزيد من قدرتنا على الفهم والتنبؤ. وسنبداً بإلقاء نظرة على عدد من أشكال الملاحظة التي يستخدمها الأخصائيون الإكلينيكيون ، ثم نستعرض المناحي الوبائية والارتباطية ، والمناحي الطولية مقابل العرضية ، والأساليب التجريبية الكلاسيكية ، وتصميم الحالة الفردية ، وأخيراً التصميم المختلطة أو المتعددة.

الملاحظة *Observation*

والأسلوب الأساسي الأوسع انتشاراً مقارنةً بغيره من أساليب البحث هو الملاحظة. فالمناحي التجريبية ودراسة الحالة والمناحي الطبيعية ، كلها تتضمن ملاحظة لما يقوم به شخص ما في الحاضر ، أو قام به في الماضي.

الملاحظة غير المنهجية *Unsystematic Observation*

إن الملاحظة العرضية بمفردها لا تقوم إلا بدور بسيط في تأسيس قاعدة متينة من المعرفة. ولكن من خلال مثل هذه الملاحظة يمكن لنا أن نطور فرضيات يمكننا اختبارها في النهاية. فلنفترض مثلاً

بأن أحد الإكلينيكيين قد لاحظ في مواقف مختلفة ، أن المرضى حين يواجهون صعوبة في الإجابة عن فقرة ما من اختبار للتحصيل ، فإن انفعالهم ينتقل إلى الفقرة التالية ، ويؤثر بالتالي على أدائهم على تلك الفقرة. وهذه الملاحظة من شأنها أن تقود الأخصائي الإكلينيكي إلى صياغة فرضية مفادها أن أداء المريض يمكن تعزيزه من خلال التأكد من أن الفقرة التي يفشل فيها سوف تتبعها فقرة أسهل ، والتي ستزيد من احتمال نجاحه فيها ؛ الأمر الذي سيساهم في تعزيز ثقة المريض بنفسه ، وبالتالي بتحسين أدائه. ولاختبار هذا التنبؤ ، قد يعتمد الإكلينيكي إلى تطبيق صورة تجريبية من اختبار التحصيل ذاك ، تكون الفقرات الصعبة فيه متبوعة بفقرات سهلة. وبذلك يسهل تطوير دراسة للتحقق من هذه الفرضية على عينة ممثلة من المرضى.

الملاحظة الطبيعية Naturalistic Observation

وبالرغم من أن إجراء الملاحظة الطبيعية يتم في مواقف الحياة الفعلية ، إلا أنها تبقى أكثر تنظيماً ودقة مقارنةً بالملاحظة غير المنهجية. والملاحظة الطبيعية ليست عرضية ولا حرة ، بل يتم التخطيط لها بدقة مسبقاً. ومع ذلك ، فليس هنالك ضبط حقيقي يمارسه الملاحظ ، وإنما يبقى -إلى حد كبير- تحت رحمة أحداث تتدفق بحرية. وعادةً ما تكون الملاحظات محدودةً بعدد قليل نسبياً من الأفراد أو المواقف ، وبالتالي فمن غير المؤكد مدى ما يمكن للمرء أن يعممه من نتائج على أشخاص آخرين ، أو في مواقف أخرى. كما يمكن أثناء عملية الملاحظة أو تسجيل الاستجابات أن يتدخل الملاحظ -دون قصد منه- بالأحداث قيد الدراسة ، أو يؤثر فيها.

ومن الأمثلة على الدراسات التي تستخدم الملاحظة الطبيعية ، تلك الأبحاث التي تتناول سلوك المرضى في مستشفيات الأمراض العقلية. فقد تضم وحدة من وحدات المستشفى مجموعة من المرضى الذين تُحدد لهم مواعيد لتلقي العلاج بالصدمات الكهربائية (electroconvulsive therapy - ECT) في يوم معين. فتصبح وظيفة الأخصائي الإكلينيكي هي التركيز على 10 من هؤلاء المرضى ، وملاحظة كل واحد منهم لمدة دقيقتين ، وذلك كل نصف ساعة. وقد تتوصل هذه الدراسة القائمة على الملاحظة إلى بيانات مثيرة حول ردود فعل المرضى قبيل العلاج الكهربائي. ولكن هل يمكننا من خلال ملاحظة 10 مرضى فقط ، في هذا المستشفى دون غيره ، أن نتوصل إلى تعميمات واسعة؟ وهل ردود فعل هؤلاء المرضى مشابهة لردود فعل مرضى آخرين في مستشفيات أو وحدات أخرى ، حيث قد يكون الجو العام مختلفاً تماماً؟ وهل كان المرضى يعلمون بوجود الملاحظ ، فقاموا بتغيير سلوكهم الاعتيادي لنيل إعجابه؟

إن الباحثين الملتزمين بأساليب تجريبية صارمة يدينون الملاحظة الطبيعية أحياناً لعدم تمتعها بالضبط الكافي. إلا أن هذا الحكم قد يعكس تزمناً شديداً ؛ فكما هي الحال في الملاحظة غير

المنهجية ، يمكن لهذا الأسلوب أيضاً أن يكون مصدراً غنياً للفرضيات التي يمكن إخضاعها للفحص الدقيق فيما بعد. كما أن الملاحظة الطبيعية تقرب الباحثين بالفعل من ظواهر حقيقية تسترعي اهتمامهم. فمثل هذه الملاحظات تتجنب الطبيعة المصطنعة أو المستنبطة للعديد من الأوضاع التجريبية. فعلى سبيل المثال ، وبغض النظر عما يحمله الأخصائي النفسي من مشاعر واتجاهات إزاء النظرية السيكوندينامية ، إلا أن معظم الدارسين يعترفون بأن مهارات فرويد في الملاحظة الإكلينيكية كانت استثنائية وخارقة للعادة. فقد استخدم فرويد قدراته الخاصة في الملاحظة لبناء واحدة من أكثر النظريات تأثيراً وهيمنة في تاريخ علم النفس الإكلينيكي. ومن المهم أن نتذكر بأن فرويد لم تكن لديه أية اختبارات موضوعية ، ولا نتائج مستخرجة من الحاسوب ، ولا أساليب تجريبية معقدة. بل إن كل ما كان يمتلكه هو القدرة على الملاحظة والتفسير والتعميم بطريقة مؤثرة.

الملاحظة المضبوطة Controlled Observation

وللتعامل جزئياً مع الانتقادات السابقة الموجهة إلى الملاحظة غير المنهجية والملاحظة الطبيعية ، فقد قام بعض الإكلينيكين باستخدام الملاحظة المضبوطة. وبالرغم من أن البحث يتم إجراؤه ميدانياً أو في أوضاع طبيعية نسبياً ، إلا أن الباحث يمارس فيه درجة من ضبط الأحداث والملاحظة المضبوطة لها تاريخ طويل في علم النفس الإكلينيكي. فقيام الأخصائي الإكلينيكي بسؤال المرضى عن مخاوفهم شيء ، والقيام بوضع إشارة على فقرات استبانة حول المخاوف شيء آخر. ومن ناحيتهما ، فقد قام كل من بيرنستين ونيتزيل (Bernstein & Nietzel, 1973) بدراسة طبيعة رهاب الأفاعي أو الخوف المرضي من الأفاعي (snake phobia) من خلال وضع المشاركين في الدراسة مع أفاع حبققية ، ثم تغيير المسافة بين المشارك والأفعى. وقد أتاحت لهم هذه الملاحظة المضبوطة التوصل إلى شيء من الاستبصار الفعلي بطبيعة ردود فعل المشاركين.

كما ويمكن استخدام الملاحظة المضبوطة لتقييم أنماط التواصل بين الأزواج. فبدلاً من الاعتماد على التقارير الذاتية المحدودة للأزواج حول مشكلات التواصل بينهم ، قد يختار الباحث أن يقوم بملاحظة أنماط التواصل فعلياً في أوضاع مضبوطة. وبالتحديد ، قد يُطلب من كل زوج وزوجة اختيار مشكلة ما في التواصل بينهما (مثل إنفاق أحد الزوجين الزائد للمال في أمور غير ضرورية) ومناقشتها ومحاولة حلها ، بينما يقوم الباحث بملاحظة أو تسجيل التفاعل القائم بينهما بالصوت والصورة من وراء مرآة ذات اتجاه واحد. وبالرغم من أن ذلك ليس بديلاً عن القيام بالملاحظة الطبيعية للنزاعات وأساليب حل المشكلات في المنزل ، إلا أن الباحثين وجدوا أن هذا الأسلوب في الملاحظة المضبوطة يعد من الأساليب المفيدة والمجدية في تقييم أنماط التفاعل بين الأزواج.

ويتضمن منهج دراسة الحالة القيام بدراسة مكثفة لعميل أو مريض واحد يخضع للمعالجة. وضمن إطار دراسة الحالة ، فإننا نقوم بجمع البيانات من عدة مصادر ، كالمقابلات والاختبارات وتقارير العلاج. وقد تتضمن هذه البيانات أيضاً معلومات حول السيرة الحياتية والسيرة الذاتية ، والرسائل ، والمذكرات اليومية ، والتاريخ المدرسي ، والتاريخ الطبي... إلخ. فدراسة الحالة إذن تتضمن الدراسة المكثفة والوصف المستفيض لشخص واحد. ولطالما حظيت مثل هذه الدراسات بدور بارز في دراسة السلوك غير السوي وفي وصف أساليب العلاج. وتكمن قيمتها الحقيقية في غناها بالمعلومات كمصادر كافية للفهم وكمنيع خصب للفرضيات. كما يمكنها أن تشكل مقدمات ممتازة للأبحاث العلمية (انظر التوضيح 4-1).

وعلى مدى السنين ، كان هنالك عدد من دراسات الحالة التي ساهمت في تشكيل فهمنا للظواهر الإكلينيكية. وفيما يلي أمثلة على بعض الحالات الكلاسيكية :

■ حالة دورا (The Case of Dora) (Freud, 1905/1953a) التي علمتنا شيئاً حول مفهوم المقاومة في العلاج.

■ حالة هانز الصغير (The Case of Little Hans) (Freud, 1909/1955) التي زادت من فهمنا للديناميات النفسية للمخاوف المرضية أو الرهابات.

■ الوجوه الثلاثة لإيفا (The Three Faces of Eva) (Thigpen & Cleckley, 1957) وهي تعرض تحليلاً لتعدد الشخصية.

■ قناع الصحة العقلية (The Mask of Sanity) (Cleckley, 1964) الذي زدنا بتفصيل واسع حول حياة الأفراد السيكوباتيين.

■ حالات في تعديل السلوك (Cases in Behavior Modification) (Ullman & Krasner, 1965) التي بينت لنا فعالية المعالجات السلوكية للحالات الفردية.

لا يمكن لويسيلة ما أن تحل يوماً محل دراسة الحالة كطريقة تساعد الأخصائي الإكلينيكي على فهم ذلك المريض الفريد الذي يجلس أمامه. وكما يؤكد ألبورت (Allport, 1961) وبإصرار ، علينا دراسة الأفراد بشكل فردي. ولقد كانت دراسات الحالة مفيدة بشكل خاص في (أ) تقديم أوصاف للظواهر أو المستجدات النادرة أو غير الاعتيادية ، ولطرق إجراء المقابلة أو التقييم أو معالجة المرضى ، (ب) إثبات عدم صحة بعض المعلومات الشائعة والمتداولة بصورة "عامة" ، و(ج) التوصل إلى فرضيات قابلة للاختبار (Davison, Neale, & Kring, 2004; Kazdin, 2003) (انظر التوضيح 4-2).

ماهي دراسات الحالة التي يمكنها أن تخبرنا بشيء عن المخاوف المرضية في الصدمات المبكرة؟

1- إن المخاوف المرضية مخاوف غير منطقية ، لا تشكل أي خطر فعلي على الفرد. وتعتقد العديد من نظريات التعلم أن الخوف المرضي من مصدر محدد يتم اكتسابه بالإشراف الكلاسيكي. وكتجربة نموذجية أولية ، عادة ما تشير هذه النظريات إلى دراسة واطسون وراينر (Watson & Rayner, 1920) على الطفل ألبرت ؛ حيث تم تعليمه إشرافياً ليخاف من الجرذان البيضاء من خلال اكتشافه أنه في كل مرة يبدأ باللعب مع أحدها يصدر صوت عالٍ وغير مألوف. وبعد عدة محاولات ، طُور ألبرت خوفاً مرضياً من الجرذان والأشياء المشابهة ذات الفراء.

على أية حال ، لاحظ ديفيسون ونيل وكرينج (Davison, Neale, & Kring, 2004) - بالرغم مما يبدو أن نظريات التعلم تحاول تعليمنا إياه- أن التقارير الإكلينيكية والتاريخية فشلت في دعم نموذج الطفل ألبرت. فمع أن بعض المخاوف المرضية يمكن أن تتطور بشكل الطريقة ، إلا أنها تظهر عادةً من دون أي خبرة خوف سابقة لحدوث الموقف. فالأفراد الذين يخافون من المصاعد أو الأفاعي أو الأماكن المرتفعة ، نادراً ما أوردوا أية خبرة مبكرة سيئة تتعلق بمثل هذه الأشياء أو الأماكن. ومن غير الواضح فيما إذا كانت نتائج الأبحاث المخبرية حول المخاوف المرضية تنطبق على المواقف الفعلية ، بحيث يمكن للمباحثين القول إن المختبر يحاكي الحياة الواقعية.

2- إن كل شخص "يعرف" أن الخبرة الصادمة في الطفولة المبكرة يُحتمل أن تعرضنا للتعاسة والفشل. فلنأخذ المثال التالي :

تلك الفتاة المتذمرة والتي تنقصها اللباقة ، والتي تفضل أمها أخوها الأصغر منها عليها ؛ والتي تضايقها أمها ، وتخلق لديها شعوراً بالعار والنفور ؛ والتي ترك والدها المنزل عندما كانت صغيرة ؛ وتوفيت والدتها وهي فقط في التاسعة من عمرها ؛ وأبقتها جدتها بعيداً عن الأطفال الآخرين ، وجردتها من طفولتها ؛ والتي كانت وحيدة لدرجة أن نهجها الوحيد تمثل في المطلعة وأحلام اليقظة والمشي.

قد يتبادر إلى الذهن أن مثل هذه الفتاة يجب أن تكون عرضة للفشل والاضطرابات الانفعالية ، وربما يكون مقدراً لها أن تكون شخصاً لا يمكنه الانسجام أو التكيف اجتماعياً. (White, 1976) إلا أن وايت (White, 1976) يتساءل بإلحاح : من هي هذه الفتاة التي نصفها؟ إنها ليست سوى إليانور روزفلت (Eleanor Roosevelt) التي وصفها وايت بأنها "بطلة التصدي للظلم والاضطهاد ، والتي انتهت إلى كونها رئيسة للجنة التي رسمت الخطوط العريضة لإعلان الأمم المتحدة لحقوق الإنسان" (ص522).

بالطبع ، هناك جانب سلبي لأساليب دراسة الحالة. فعلى سبيل المثال ، من الصعب استخدام حالات فردية من أجل تطوير قوانين عامة أو مبادئ سلوكية تنطبق على الجميع ، كما لا يمكن لدراسة حالة واحدة أن تقود إلى استنتاج سببي أو علاقة سبب ونتيجة (cause-effect conclusion) ؛ وذلك لأن الأخصائيين الإكلينكيين قد لا يكونون قادرين على ضبط متغيرات مهمة كان لها دورها في تلك الحالة. فعلى سبيل المثال ، قد يستفيد أحد المرضى من العلاج السيكوندينامي لأسباب لا علاقة لها بنوع العلاج بقدر علاقتها بصفات في شخصية ذلك المريض. إن الدراسات المضبوطة اللاحقة فقط يمكنها التحقق من السبب المحدد أو العوامل المسؤولة عن التغيير.

وهي دراسة نسبة حدوث مرض أو داء ما ، ومدى انتشاره وتوزيعه لدى مجموعة سكانية معينة. هناك عدد من المصطلحات المستخدمة عادةً في دراسة الأوبئة : فحدوث المرض (incidence) يشير إلى نسبة الحالات المرضية الجديدة التي تتطور في فترة زمنية معينة ، بينما يشير انتشار المرض (prevalence) إلى النسبة الكلية للحالات (القديمة والجديدة) في فترة زمنية ما. ويزودنا حدوث المرض بانطباع حول ما إذا كانت نسبة الحالات الجديدة للمرض أو الاضطراب متزايدة (مثلاً : هل تزايدت نسبة الحالات التي تم تشخيصها بالإيدز في هذا العام مقارنةً بالعام الماضي؟). أما درجة الانتشار فتقدّر نسبة الذين أصيبوا بالمرض أو الاضطراب من مجموع السكان. فعلى سبيل المثال ، تُقدّر نسبة انتشار الفصام أثناء الحياة بـ 1٪ ، مما يشير إلى أن أي شخص من مجموع السكان بشكل عام لديه فرصة واحدة من بين 100 فرصة لتطوير هذا الاضطراب أثناء حياته.

تاريخياً ، ارتبطت الدراسات الوبائية بأبحاث طبية تم تصميمها للمساعدة على فهم الاضطرابات الوبائية الأساسية والتحكم بها ، مثل الكوليرا والحمى الصفراوية. فالتعداد الأولي البسيط للحالات يعتبر أساس هذا الأسلوب في البحث. فمن خلال تحليلنا لتوزيع الحالات في مجتمع معين أو منطقة جغرافية ما ، وكشفنا عن الخصائص المميزة للأفراد أو المجموعات المصابة بالمرض ، يُنتظر منا أن نتعلم شيئاً عن مسببات هذا المرض وطرق انتشاره. ويمكن لأساليب البحث الوبائية أن تكون مهمة أيضاً في تحديد فئات الأفراد المعرضين للإصابة بهذا المرض أو غيره.

ومن الأمثلة المعروفة على البحث الوبائي : دراسة العلاقة بين التدخين والصحة (Surgeon General, 1964). فقد ربطت الدراسات ما بين تدخين السجائر وسرطان الرئة من خلال التعداد والارتباطات البسيطة. وبالرغم من الجدل الواسع حول ما إذا كان التدخين سبباً في سرطان الرئة ، إلا أن هذا لا ينفي وجود علاقات وارتباطات واضحة بينهما (فقد ارتبط حوالي 90٪ من سرطان الرئة لدى الذكور مثلاً بتدخين السجائر ، كما وجد أن هنالك ارتباط إيجابي بين كمية التدخين ومدته من جهة ، وبين احتمال الإصابة بالسرطان من جهة أخرى). والحقيقة أيضاً أن الأبحاث الوبائية والارتباطية تشير إلى تعددية الأسباب ، وليس إلى وجود علاقات سببية قاطعة. على أية حال ، لسنا بحاجة إلى التحقق من حكاية السببية كي نتخذ خطوات وقائية. وعليه ، فقد لا نكون على يقين تام بأن التدخين يسبب سرطان الرئة ، أو ربما نعتقد أن هنالك بعضاً من العوامل الوراثية المهيمنة التي تتفاعل مع التدخين لتنتج سرطان الرئة. ولكن أيما كان الأمر ، فنحن نعرف أن الذكور الذين يتوقفون عن التدخين يقللون من احتمال إصابتهم بسرطان الرئة.

التوصل إلى فرضيات من خلال العلاج

لقد تم وصف حالة كارل س. (Karl S.) لأول مرة من قبل فارس (Phares, 1976). كان كارل محارباً قديماً غير متزوج، وقد أُحيل إلى العيادة الخارجية التابعة لإدارة الجنود القدامى (VA). ولم يتطلب الأمر من المعالج كثيراً من الوقت ليدرك بأن مشكلات كارل لم تكن من النوع العصبي، فلم تظهر عليه أية أعراض تقليدية للعصاب. فقد كان قلقاً إلى حد ما، أو مكتئباً أحياناً، إلا أن مشكلته الأساسية بدت وكأنها عبارة عن نقص كبير في المهارات بين-شخصية والاجتماعية. إذ لم تكن لديه وظيفة، وكان يعيش على راتب التقاعد الحكومي الضئيل، إضافة إلى الدعم الذي تقدمه والدته له. وعدا عن والدته التي كان يعيش معها، فنادراً ما كان كارل يتفاعل مع أحد، إلا ربما حين كان يشتري السجائر أو يحصل على "فكة" من سائق الباص. ومن المؤكد أنه لم يكن لديه أي صديق.

إذن، فلم يعد العلاج هنا عملية تهدف إلى الكشف والاستبصار، بل عملية تعليمية. وأصبحت الأهداف هي: تعليم كارل كيف يجد عملاً، وإتاحة الفرصة له لحضور صفوف مسائية لتعلم مهنة حرفية، إضافة إلى بعض المهارات الاجتماعية الأساسية. وتم قضاء الساعة ثلث الأخرى من العلاج من أجل تحقيق تلك المهام.

إلا أن التقدم كان بطيئاً. ولم يكن ذلك لأن كارل لم يستطع الفهم، أو لأنه كان غير مهتم بالأمر بمتاناً، ولا لأنه ينفر من محاولة استخدام المهارات التي تعلمها حديثاً؛ بل كانت الصعوبة تكمن في أن كارل حتى حين كان يجرب سلوكاً جديداً ونجاح، فإن ذلك النجاح يبدو وكأنه يؤثر قليلاً على سلوكياته اللاحقة. لقد كان ذلك غريباً بالفعل. فسرعان ما تعلم الإكسبكتيون بأن التعزيز يقوي احتمال ظهور السلوك المعزز في المستقبل في الظروف المعطاة نفسها، إلا أن الأمر لم يكن كذلك مع كارل. فبيدوا أن التعزيز لم يحمّل إلا بدور قليل في زيادة توقعاته بنجاح السلوك ثانية. حتى بدا وكأن كارل أراد أن يكون الاستثناء الوحيد للقاعدة الأساسية لنظرية التعلم، وهي: التعزيز يعمل على تقوية العادة!

لقد ذهّل المعالج ومستشاروه لذلك مدة شهر. فعلى سبيل المثال، بعد تقديم طلب لوظيفة ما والحصول عليها، لم تزد ثقة كارل أبداً، بل كان يعزو نجاحه للحظ، لا لجهوده الذاتية. وتبع ذلك عدد من الأحداث المشابهة. فبعد جدل متواصل مع المعالج، طلب كارل من زميلة له في العمل الخروج معه في موعد، ووافقت. ومرة أخرى فقد عزى كارل هذا إلى حظه الجيد، لا أكثر.

وفي النهاية، توصل المعالج إلى أن كارل ربما يعتقد أن ظهور التعزيز أمر خارج عن نطاق سيطرته الذاتية. وإذا كان الأمر كذلك، فهذا يجعل مسألة عدم قدرته على النجاح في رفع ثقته تبدو منطقية. إذن لم يكن كارل يستجيب بطريقة تتحدى نظرية التعلم، وإنما لم تكن تصورات المعالج كاملة. فالتعزيز سوف "ثبت" السلوك، ولكن هذا يحدث فقط عند النظر إلى تلك السلوك كسبب مرتبط بالتعزيز اللاحق. وقد كان كارل يعتقد أن الصدفة هي الفاعلة هنا، لا سلوكياته. وتحت شروط الصدفة، فإن التعزيز لا يحمل أية مضامين مستقبلية. وبالتالي، بدا وكأنه قد تم إيجاد حل "للعز سلوكيات كارل. أو على أقل تقدير، فقد تم تشكيل قرصية مهمة. وفي الحقيقة، لقد تبع تلك القرصية عدد كبير من الأبحاث التجريبية، واستغرق الأمر عدة سنوات من البحث التجريبي لتعريف مسألة الصدفة-مقابل المهارة وقد أصبح يُشار إلى هذا المجال من البحث بالسيطرة الداخلية-الخارجية (internal-external control) (Rotter, 1966)، أو موقع السيطرة (locus of control).

ولنأخذ مثلاً آخر من ميدان الاضطرابات النفسية ، حيث أشارت بعض الدراسات إلى وجود علاقة ما بين الفصام والطبقة الاجتماعية الاقتصادية أو عوامل الاضطراب الاجتماعي (Faris&Dunham, 1939; Hollingshead&Redlich, 1958). مرة أخرى ، وبالرغم من أن مثل هذه النتائج لا تكشف عن حقيقة الفصام أو جوهره ، إلا أنها تزودنا بدلائل حول بعض العوامل الديموغرافية الأساسية المرتبطة بانتشار هذا المرض. ويمكن للأخصائيين الإكلينكيين -متسلّحين بهذه المعلومات- التعرف على الأشخاص الذين تكون احتمالات إصابتهم بالفصام عالية ، وعندئذٍ يمكنهم وضع برامج خاصة تزودنا بالدلائل التشخيصية المبكرة لبداية الاضطراب لدى أشخاص كهؤلاء ، أو وضع برامج علاجية تتوافر بسهولة للذين يتزايد احتمال تطور الفصام لديهم.

وتعتمد الكثير من الأبحاث الوبائية في جمع بياناتها على المسح أو المقابلات. لكن هذه البيانات تواجهنا بعدد من القضايا والمشكلات. فعلى سبيل المثال ، كيف نعرف مشكلة تتعلق بالصحة النفسية؟ وإذا ما تم ذلك ، فأين نجد الحالات لنقوم بتعدادها؟ إن البحث في العيادات والمستشفيات فحسب يعني تجاهل أماكن أخرى محتملة. وتتعاظم هذه المشكلات عندما نهتم بأشكال أبسط من الاختلال الوظيفي. وبالتالي ، فنحن بحاجة إلى أساليب موضوعية في تعريف المشكلة أو قياسها. كما أننا بحاجة إلى القيام بإجراءات مسحية تتيح لنا تقدير مدى حدوث المشكلة أو انتشارها فعلاً ، لا مجرد تحديد تلك الحالات الخاضعة للعلاج بالفعل ، ولا الذين عرفوا بأنفسهم من خلال سعيهم لطلب العلاج. إننا بحاجة إلى أخذ عينة من المقيمين (حيّاً حياً ، أو منطقة منطقة) ، لا العيادات والمستشفيات والمراكز فحسب. وهناك مشكلة أخرى تتعلق بالبيانات المسحية ، وهي أن المستجيبين قد يجدون أنفسهم مضطرين إلى إعطاء "الإجابة المطلوبة" ؛ فقد يميلون إلى الإقرار بأمور مقبولة اجتماعياً ، وإنكار غيرها من التجارب الأقل قبولاً. فعلى سبيل المثال ، قد لا يرغب المستجيب بالإقرار بأية خبرات تكشف عن وجود أعراض اضطراب نفسي لديه (مثل الهلوس السمعية) ؛ وذلك تجنباً للحرج.

إضافةً إلى ذلك ، فقد يُطلب من بعض المستجيبين أن يتذكروا أشياء حدثت منذ عدة سنوات. وقد تكون مثل هذه البيانات الاسترجاعية (retrospective) عرضةً لجميع أشكال التشويه أو الحذف أو التمني. إذ وجدت إحدى الدراسات (Henry, Moffitt, Caspi, Langley, & Silva, 1994) مثلاً أنه عندما تم تقييم مجموعة من الأفراد الذين يبلغون الثامنة عشرة من العمر بصورة منتظمة منذ الولادة ، فإنهم لم يكونوا دقيقين في تقاريرهم الاسترجاعية لأنواع معينة من خبرات الطفولة (مثل الصراع الأسري ، أعراض الاكتئاب أو القلق لديهم ، مستويات نشاطهم الزائد). وهذه النتائج جديرة بالاهتمام ؛ لأن الأخصائي الإكلينيكي يقوم عادةً بطلب مثل هذه المعلومات الاسترجاعية

من العملاء أو المشاركين في الأبحاث المهم هنا هو أن علينا السعي إلى تقييم عملائنا والمشاركين في أبحاثنا في فترات محددة تكون موضع اهتمامنا ، لا أن نعتمد على التقارير الاسترجاعية بشكل حصري

الجدول 4-1 نسب الانتشار لمجموعة مختارة من الاضطرابات النفسية الواردة في الدليل التشخيصي الثالث (DSM-III-R) على مدى الحياة

| الاضطراب | الرجال % | النساء % | المجموع % |
|---|----------|----------|-----------|
| اضطرابات المزاج | | | |
| فترات من الاكتئاب العام | 12.7 | 21.3 | 17.1 |
| فترات الهوس | 1.6 | 1.7 | 1.6 |
| تكدّر المزاج (Dysthymia) | 4.8 | 8.0 | 6.4 |
| أي اضطراب من اضطرابات المزاج | 14.7 | 23.9 | 19.3 |
| اضطرابات القلق | | | |
| اضطراب الهلع أو الفزع | 2.0 | 5.0 | 3.5 |
| رهاب الأماكن الفسيحة (دون اضطراب الفزع) | 3.5 | 7.0 | 5.3 |
| الرهاب الاجتماعي | 11.1 | 15.5 | 13.3 |
| الرهاب البسيط | 6.7 | 15.7 | 11.3 |
| اضطراب القلق العام | 3.6 | 6.6 | 5.1 |
| أي اضطراب من اضطرابات القلق | 19.2 | 30.5 | 24.9 |
| اضطرابات استخدام المواد | | | |
| إساءة استخدام الكحول دون الاعتماد عليها | 12.5 | 6.4 | 9.4 |
| الاعتماد على الكحول | 20.1 | 8.2 | 14.1 |
| إساءة استخدام العقاقير دون الاعتماد عليها | 5.4 | 3.5 | 4.4 |
| الاعتماد على العقاقير | 9.2 | 5.9 | 7.5 |
| أي إساءة استخدام/اعتماد على المواد | 45.4 | 17.9 | 26.6 |
| اضطرابات أخرى | | | |
| الشخصية المعادية للمجتمع | 5.8 | 1.2 | 3.5 |
| ذهانات غير مزاجية | 0.6 | 0.8 | 0.7 |
| أي اضطراب | 48.7 | 47.3 | 48.0 |

المصدر :

Kessler et al.1994 Life time and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. Archives of General Psychiatry, 51, 8-19.

هذا وقد أجري مؤخراً عدد من الدراسات الوبائية المنهجية المتعلقة بالاضطرابات النفسية على نطاق واسع. فقد قام كيسلر وزملاؤه (Kessler et al., 1994) مثلاً بتطبيق أسلوب المقابلة الشخصية المقننة على عينة احتمالية في الولايات المتحدة للحصول على تقديرات حول الاثني عشر شهراً الماضية ، وحول مدى انتشار عدد من الاضطرابات النفسية على مدى الحياة. وتظهر بعض هذه النتائج في الجدول 1-4. وكان اهتمامهم مركزاً على الفروق في مدى انتشار الاضطرابات ما بين الرجال والنساء (في بعض أنواع الاضطرابات النفسية لا كلها) . فالرجال أكثر عرضة من النساء للتشخيص بالإدمان على المخدرات أو اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع ، بينما كان التشخيص باضطرابات المزاج والقلق أكثر انتشاراً لدى النساء. ومن خلال هذه البيانات ، يمكن للمرء أن ينحصر إلى أن الرجال أكثر عرضة لمختلف أشكال الإدمان مقارنةً بالنساء. إلا أنه لا ينبغي حصر عوامل الخطورة بالجندر فقط ، بل يجب أن يشمل أوجهاً اجتماعية ديموغرافية أخرى (كالمستوى الاجتماعي-الاقتصادي ، العمر ، الإقامة في المدينة مقابل الريف... إلخ).

الأساليب الارتباطية Correlation Methods

لقد رأينا كيف تعتمد الدراسات الوبائية على الأساليب الارتباطية : أي أنها تقيس الارتباطات (عوامل الخطورة) المتعلقة بمرض أو اضطراب ما. وسنركز الآن بصورة أكثر تحديداً على الأساليب الارتباطية. فهذه الأساليب تتيح لنا معرفة ما إذا كان ثمة ارتباط بين المتغير (س) والمتغير (ص). فعلى سبيل المثال ، هل هناك ارتباط بين نمط معين من الدرجات على اختبار الذكاء وفئات تشخيصية معينة؟ وهل هناك صفات معينة لدى المرضى ترتبط بنتائج العلاج؟ وهل ثمة علاقة بين الاكتئاب والجندر؟

التقنية The Technique

ولكي نربط بين متغيرين ، علينا أن نحصل أولاً على مجموعتين من الملاحظات أو الدرجات. فعلى سبيل المثال ، لنفرض أننا قمنا بتطبيق اختبارين على عشرة مشاركين في بحث ما ؛ أحدهما يقيس القلق ، بينما الآخر يقيس مدى الاعتقاد بالضبط الخارجي (بدلاً من الضبط الداخلي) (هذه البيانات الافتراضية تظهر في الجدول 2-4). هنا ، عندما يظهر ارتباط بين هذه البيانات ، تكون النتيجة وجود معامل ارتباط (correlation coefficient) ، وهو في هذا المثال $+0.76$ ، مما يشير إلى وجود علاقة إيجابية قوية. فمع ازدياد درجة القلق ، تزداد درجة الاعتقاد بالسيطرة الخارجية ، مما يعني أن القلق والشعور بضعف السيطرة متغيران يرتبطان ببعضهما بعضاً بطريقة إيجابية.

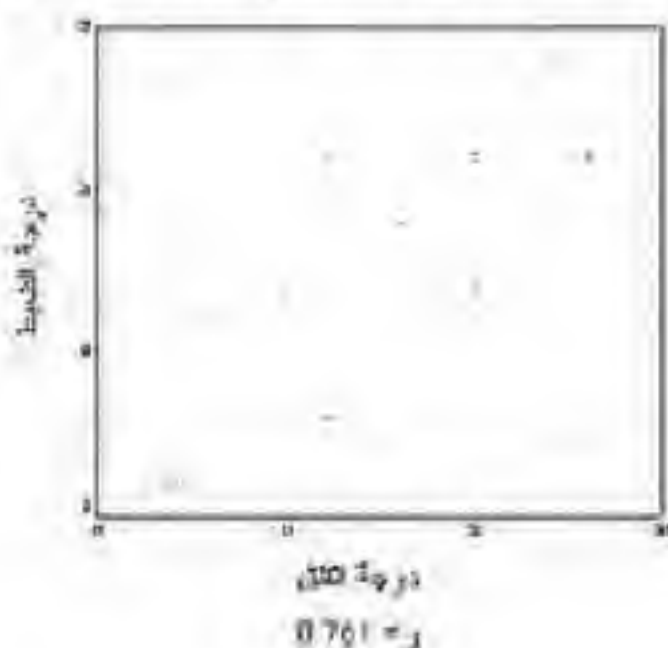
ومعامل ارتباط بيرسون (Pearson) هو من مقاييس العزوم التي تُستخدم عادةً لتحديد درجة العلاقة ما بين متغيرين ، ويُشار إليه بالرمز (r) بالعربية و (r) بالإنجليزية ، ويتراوح ما بين -1.00 و

+1.00 وتشير (ر) عندما تكون +1.00 إلى أن المتغيرين يرتبطان إيجابياً بشكل تام ، أما حين تكون (ر) -1.00 فهذا يعني وجود علاقة سلبية تامة. ويشير معامل (ر) الذي يساوي +0.76 والذي يظهر من بيانات الجدول 2-4 ، إلى علاقة ارتباطية عالية ، إلا أنها ليست تامة. والشكل الانتشاري (scatterplot) للنقاط المبين في الشكل 1-4 يشير إلى البيانات المتعلقة بالمتغيرين من الجدول 2-4 ، وكل نقطة من النقاط تشير إلى درجتَي أحد المشاركين على اختبارَي القلق والضبط الخارجي. فعلى سبيل المثال ، تشير البيانات إلى أن درجة القلق لدى رالف تساوي 4 ، ودرجة الضبط لديه تساوي 2 . ويبين لنا الشكل 2-4 أشكالاً انتشارية لعدد من الارتباطات المختلفة.

الجدول 2-4 بيانات افتراضية لارتباط القلق والسيطرة

| المفحوص | درجة القلق | درجة السيطرة |
|---------|------------|--------------|
| آن | 26 | 22 |
| جين | 24 | 28 |
| جوان | 20 | 22 |
| توم | 20 | 14 |
| إيستر | 16 | 18 |
| أندريا | 12 | 22 |
| روبرتو | 12 | 6 |
| كيتين | 10 | 14 |
| ياسمين | 6 | 12 |
| رالف | 5 | 2 |

الشكل 1-4 الشكل الانتشاري لبيانات الجدول 1-4



وكلما كانت العلاقة قريبةً من الارتباط التام ، يكون توزيع درجاتها أقرب إلى الخط المستقيم. أما حين تدنو (ر) من الصفر (حيث لا توجد علاقة) فإن البيانات تكون مشتتةً بشكل شبه عشوائي على الشكل الانشاري.

سؤال السببية The Question of Causality

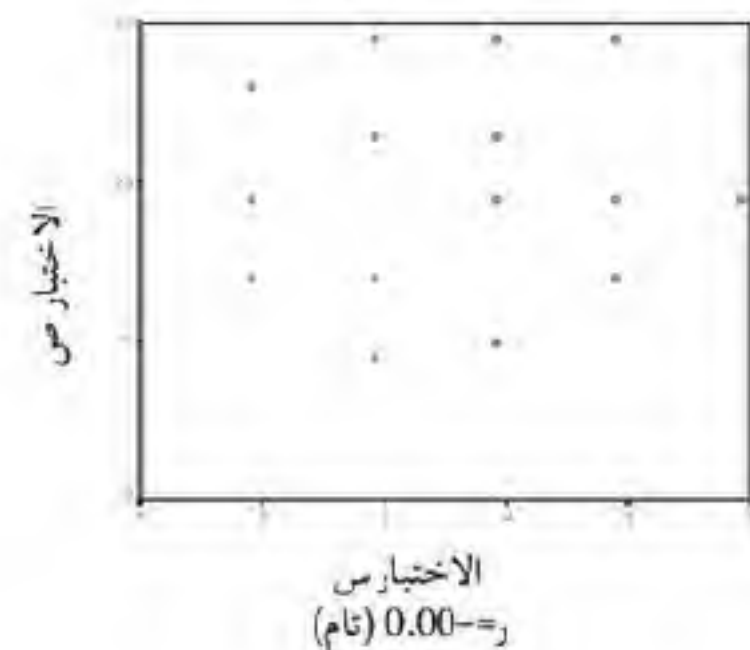
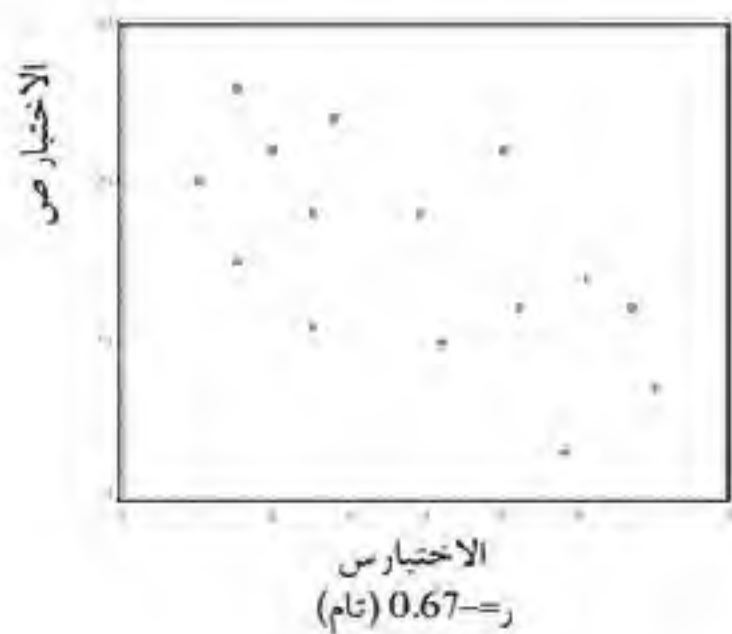
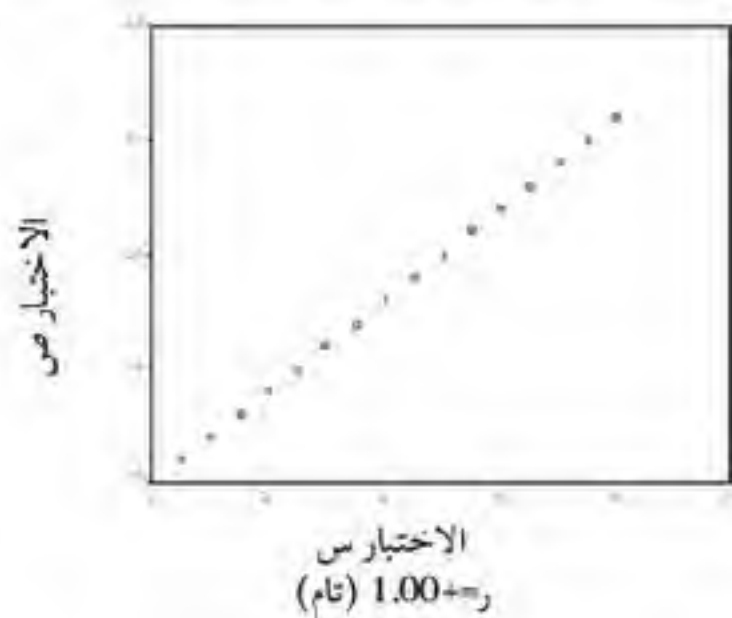
وكما ذكرنا سابقاً أثناء حديثنا عن الدراسات الوبائية ، يمكن للأساليب الارتباطية أن تفشل في الإجابة عن السؤال الأساسي المتعلق بالسبب والنتيجة. ومهما بدت نتائج الارتباط منطقية ، فلا يمكننا التأكيد على أن أحد المتغيرين كان سبباً في حدوث الآخر بالاعتماد على هذه النتائج وحدها. فلنفترض مثلاً أن أحد الباحثين وجد ارتباطاً ما بين التشخيص بالفصام ودلائل تشير إلى وجود مستويات عالية من الدوبامين (ناقل عصبي) في الجهاز العصبي المركزي. فهل هذا يعني أن سبب الفصام هو وجود مستويات مرتفعة من الدوبامين ، أم أن التعرض للفصام ينتج عنه تغير في مستويات الدوبامين؟ لربما يكون المتهم الحقيقي متغيراً ثالثاً ؛ فالكثير من المرضى المشخصين بالفصام -على سبيل المثال- لديهم تاريخٌ طويل من تعاطي العقاقير النفسية (مثل الأمفيتامينات) ؛ ويمكن لمثل هذا التعاطي طويل الأمد أن يؤثر على مستويات الناقل العصبي. لذا ، ينبغي على الباحث أن يتجنب افتراض وجود علاقة سببية بين متغيرين ؛ لأن هناك احتمالاً دائماً لوجود متغير ثالث (لم يتم قياسه) ذي علاقة بالموضوع.

ومن الأمثلة الكلاسيكية على مشكلة المتغير الثالث ملاحظة وجود ارتباط ذي دلالة بين عدد الجرائم وعدد الكنائس أو دور العبادة في المجتمع. فهل يعني ذلك بأن الدين يسبب الجريمة؟ لا. فالمتغير الثالث الذي تم إهماله في هذا المثال هو عدد السكان. فكل من نسبة الجرائم وعدد دور العبادة يرتبطان إيجابياً بعدد السكان ، فهما يرتبطان معاً لأن كليهما يزداد بزيادة عدد السكان.

إلا أن الأساليب الارتباطية يمكنها أن تحدد ما إذا كانت فرضية السبب والنتيجة غير صادقة. فإذا كنا نتوقع أن المتغير (أ) يسبب حدوث المتغير (ب) ، فيجب أن يكون بمقدورنا على الأقل أن نبين وجود ارتباط بينهما. والفشل في إيجاد علاقة دالة سوف يدحض أية فرضية دون شك. وبالرغم من عدم إمكانية القول بوجود علاقة سببية من خلال معامل الارتباط ، إلا أن هذا لا يعني أن علاقة السبب والنتيجة غير موجودة بالفعل.

على أية حال ، ينبغي تحديد مثل هذه العلاقات من خلال أساليب تجريبية (سنناقشها فيما بعد). فهنالك أساليب بحثية يمكنها أن تساهم في حل مشكلة السببية ، مثل مطابقة المشاركين وفقاً لعدد من المتغيرات التي قد تؤثر على العلاقة التي يتم التوصل إليها ، أو استخدام أساليب طولية لدراسة المتغيرات قبل تطوّر اضطراب ما. إلا أن مثل هذه الإجراءات عادةً ما تكون مربكةً ومتعبةً ومكلفةً ، وبالتالي فإن استخدامها قليل إلى حد ما.

الشكل 4-2 أشكال انتشارية تبين عدداً من الارتباطات المختلفة



أحياناً ، نكون مجبرين على استخدام الأساليب الارتباطية ؛ وذلك عندما لا نستطيع -من زاوية أخلاقية أو عملية- أن نتحكم بمتغيرات معينة ، مثل العمر أو الجنس أو الحالة الاجتماعية أو ترتيب الولادة. فعلى سبيل المثال ، لا يمكننا أخلاقياً أن ندرّب شخصاً على ارتكاب جريمة قتل كي ندرس أثر الشخصية على العنف. فبعض الأمور لا يمكن دراستها إلا بملاحظتها عند حدوثها فقط ، إذ أن خلقها أو ابتداعها أو افنعالها ليس بديلاً مقبولاً.

التحليل العاملي Factor Analysis

والتحليل العاملي مشتق من المنهج الارتباطي ، وهو طريقة لفحص العلاقات المتبادلة بين عدد من المتغيرات في آن واحد. وتستخدم هذه الطريقة الإحصائية عدداً كبيراً من الارتباطات المنفصلة لتحديد أيّ من المتغيرات تتغير معاً بشكل متسق ، وبالتالي يمكن اعتبارها مترابطةً وظيفياً. والفكرة هنا هي أن المتغيرات عندما تتغير معاً ، فهذا يعني وجوب أن تكون هنالك بعض العناصر المشتركة التي تحكم علاقتها ببعضها بعضاً.

فلنأخذ المثال التالي بالاعتبار (Phares, 1991). لنفترض بأننا نحاول تحديد العناصر الأساسية لما يسمى بـ "المهارة الإكلينيكية". علينا أولاً أن نطلب من مجموعة من المحكمين أن يختاروا لنا 100 أخصائي إكلينيكي من المعروفين بسجلهم الممتاز في تقديم الخدمات بمهارة. ثم نقوم بتطبيق عدد من الاختبارات التي نعتقد بأنها تقيّم مُختلف المهارات والإنجازات الإكلينيكية. ولنفترض بأن الاختبارات تقيس الأبعاد السبعة التالية :

أ = اختبار للذكاء.

ب = اختبار للتحصيل الرياضي.

ج = اختبار حول الاستدلال المكاني.

د = اختبار حول الاستدلال التحليلي.

هـ = مقياس للتعاطف.

و = مقياس للتكيف الشخصي.

ز = مقياس للإيثار.

الجدول 3-4 مصفوفة ارتباط افتراضية لسبعة اختبارات

| الاختبار | أ | ب | ج | د | هـ | و | ز |
|----------|---|------|------|------|------|------|------|
| أ | | 0.70 | 0.80 | 0.75 | 0.15 | 0.20 | 0.10 |
| ب | | | 0.75 | 0.70 | 0.12 | 0.10 | 0.10 |
| ج | | | | 0.70 | 0.18 | 0.15 | 0.11 |
| د | | | | | 0.12 | 0.14 | 0.12 |
| هـ | | | | | | 0.80 | 0.85 |
| و | | | | | | | 0.75 |

المصدر:

Phares, E. I. 1997, Introduction to Personality, 4th ed., Pearson education.

بعد ذلك ، نقوم بربط كل اختبار من هذه الاختبارات بكل واحد من الاختبارات الأخرى ، وهذه العملية تزودنا بمصفوفة الارتباط (correlation matrix) التي تظهر فيها جميع الارتباطات بين أزواج الاختبارات الممكنة. ويبين الجدول 3-4 مصفوفة لارتباطات افتراضية.

وعندما ننظر في مصفوفة الارتباط هذه ، نلاحظ وجود نمط مثير للاهتمام. إذ تُظهر المقاييس (أ) و (ب) و (ج) و (د) علاقة إيجابية قوية (يتراوح مدى الارتباط فيها من 0.75 إلى 0.85). ولكن من الواضح أنه لا توجد علاقة ما بين المجموعة (هـ) ، (و) ، (ز) والمجموعة (أ) ، (ب) ، (ج) ، (د) (فالارتباط بين (أ) و (هـ) مثلاً يساوي 0.15 ، وبين (ب) و (و) يساوي 0.10 ، وبين د و ز يساوي 0.12). وهذه الأنماط تشير إلى أن المجموعة (أ) ، (ب) ، (ج) ، (د) تبدو وكأنها تقيس بُعداً كامناً واحداً ، أو عاملاً (factor) واحداً. وكذلك تبدو المقاييس (هـ) ، (و) ، (ز) وكأنها تنتمي لبعضها بعضاً بطريقة تشير إلى وجود بعد كامن آخر. في الحقيقة ، يتعامل التحليل العاملي إحصائياً مع عدد كبير من العوامل بالطريقة نفسها التي قمنا من خلالها الآن بفحص الارتباطات بين المقاييس السبعة. وإذا كان لدينا 200 مقياس لكان القيام بمجرد فحص بسيط أمراً مستحيلاً.

يظهر من المثال السابق بأن هنالك عاملين أو بعدين يشتركان معاً. فلنطلق على العامل الأول اسم (س) (والمشتق من الارتباطات بين أ ، ب ، ج ، د) والثاني (ص) (المشتق من الارتباطات هـ ، و ، ز). وهذان العاملان معاً يفسران العلاقات الدالة في المصفوفة. وعادةً ما يتم عندئذ إيجاد تسميات فعلية لهذه العوامل. وهذه المرحلة تعد استنتاجية إلى حد كبير ، حتى أنها قد تسبب مشكلات في الاتصال أحياناً ؛ ففي بعض الأحيان تعبر الأسماء المختارة عن دلالات تختلف عن المقصود منها.

على أية حال ، ففي المثال السابق يمكننا أن نطلق على العامل (س) (الذي يتضمن أ ، ب ، ج ، د) اسم "القدرة العقلية" ، أما بالنسبة للعامل (ص) فتسميته أصعب ؛ إذ يتضمن مقاييس للتعاطف والتكيف والإيثار. ولربما كان "الإيثار الصحي" اسماً ملائماً هنا.

يعتبر التحليل العاملي أسلوباً جيداً بوجه خاص في المساعدة على تنظيم مجموعة من الارتباطات المتسقة والمنبثقة عن سلسلة طويلة من البيانات. وكوسيلة لتحديد العناصر الأساسية للمهارات الإكلينيكية (كما في مثالنا) أو عناصر الشخصية ، فالتحليل العاملي ليس هو الحل. إذ بالرغم من كل شيء ، فإن ما ينبثق عن التحليل العاملي يتحدد بطبيعة المقاييس التي تم استخدامها ابتداءً أثناء عملية القياس. وبالتالي ، فمن الصعب أن نتوقع ظهور عوامل غير تلك التي كانت موجودة في عينة بطارية الاختبارات المعدة لدراسة المهارة الإكلينيكية!

المناحي العرضية مقابل الطولية

Cross Sectional versus Longitudinal Approaches

هنالك طريقة أخرى في تصنيف الدراسات تتم من خلال اعتبار ما إذا كانت طبيعة الدراسات عرضية أو طولية . والتصميم العرضي (cross-sectional design) هو ذلك الذي يقيّم الأفراد أو يقارنهم (ربما وفقاً للمجموعات العمرية) في فترة زمنية معينة. أما التصميم الطولي (longitudinal design) فيتتبع الأفراد أنفسهم عبر الزمن . ويبين الشكل 3-4 التصميم الأساسي لهذين المنحيين. وفي هذا المثال يبين لنا السطر أ التصميم الطولي ، أما العمود ب فيبين التصميم العرضي.

والتصاميم العرضية تصاميم ارتباطية ؛ لأن الباحث لا يمكنه التحكم بالعمر ، ولا يمكنه وضع المشاركين ضمن مجموعات عمرية مختلفة . وبسبب وجود مشاركين مختلفين في كل مجموعة عمرية ، فلا يمكننا أن نفترض بأن نتائج الدراسة تعكس التغيرات العمرية ، وإنما تعكس الفروق بين المجموعات العمرية قيد الدراسة فحسب. وقد تعزى هذه الفروق إلى الحُقب الزمنية التي نشأ فيها المشاركون بدلاً من عزوها إلى العمر نفسه .

الشكل 4-3 تصاميم البحث العرضية والطولية

المصدر : Diana Woodruff-Pak, Psychology and Aging, 1988, p.32

| العمر | | | | | تاريخ الولادة |
|-------|------|------|------|------|---------------|
| 85 | 80 | 75 | 70 | 65 | 1890 |
| 80 | 75 | 70 | 65 | 60 | 1895 |
| 75 | 70 | 65 | 60 | 55 | 1900 |
| 70 | 65 | 60 | 55 | 50 | 1905 |
| 65 | 60 | 55 | 50 | 45 | 1910 |
| 60 | 55 | 50 | 45 | 40 | 1915 |
| 55 | 50 | 45 | 40 | 35 | 1920 |
| 50 | 45 | 40 | 35 | 30 | 1925 |
| 1975 | 1970 | 1965 | 1960 | 1955 | تاريخ القياس |

فعلى سبيل المثال ، قد تُبدي مجموعة من الأفراد الذين يبلغون الخامسة والستين من عمرهم تقديراً أكبر مما تبديه مجموعة من الأفراد البالغين الخامسة والثلاثين من العمر. فهل هذا يعني أن التقدم في العمر يعزز التقدير؟ ربما. إلا أن ذلك ببساطة قد يعكس الظروف التاريخية التي نشأ فيها الأفراد الذين يبلغون الخامسة والستين من العمر ، حيث كان جنْيُ المال أصعب حينها.

والدراسات الطولية هي تلك التي نقوم فيها بجمع البيانات من الأشخاص أنفسهم عبر الزمن. ومثل هذا التصميم يتيح لنا التبصر بطريقة تغير السلوك أو العمليات العقلية مع العمر. ومن الناحية التفسيرية ، تتيح الدراسات الطولية للباحثين التكهن بالعلاقات الزمنية بين العوامل التي تتباين معاً. كما أنها تساعد على إقصاء مشكلة المتغير الثالث ، والتي غالباً ما تظهر في الدراسات الارتباطية. فلنفترض مثلاً أننا نعرف أن حالات الاكتئاب تأتي وتذهب مع مر السنين. فإذا كان الاكتئاب مسؤولاً عن الارتباط ما بين نقص الوزن وانخفاض الثقة بالذات ، فهذا يعني أنهما يجب أن يتباينا وفقاً لحالات الاكتئاب.

بالطبع ، هنالك العديد من الاختلافات ما بين التصميم العرضية والطولية. فالمشكلات الأساسية التي تواجه الدراسات الطولية مشكلات عملية ، فعادةً ما تكون مثل هذه الدراسات مكلفةً ، كما أنها تحتاج إلى الكثير من الصبر والاستمرارية من قبل الأشخاص القائمين على برنامج البحث. وفي بعض الأحيان ، قد يكون على الباحثين أن يتعايشوا مع أخطاء تصميم البحث التي

حدثت منذ سنوات مضت ، أو أن يتحملوا أساليب بحث وتقييم قديمة. وأخيراً ، قد ينسحب بعض المشاركين من الدراسات الطولية ، وينبغي على المرء أن يحدد نسبة من تبقى من المشاركين ومدى تمثيلها للمشاركين الذين بدأت الدراسة بهم.

ولأن الأبحاث الطولية مكلفة وقتاً ومالاً ، فعادةً ما لا تُستخدم بالقدر الذي ينبغي أن تُستخدم به. ولهذه الأسباب ، فقد عانى البحث في الجوانب النمائية للاضطرابات النفسية زمناً طويلاً (Wierson & Forehand, 1994). لكن الوضع المثالي يعني العودة إلى تلك الطرق التي تتعامل مع الاضطرابات النفسية أو المعالجة أو الشخصية على مدى فترات زمنية ممتدة باستخدام أنواع مختلفة من المقاييس (Phares, 1991). علماً بأننا كثيراً ما نكون مقيدين بالأساليب العرضية التي تركز أحياناً على تجارب لا تتجاوز مدتها 50 دقيقة. لقد أدت مثل هذه الطرق إلى ظهور نظرة سريعة وخاطفة للسلوك الإنساني وللشخصية ، والتي كان إسهامها قليلاً في مساعدتنا على فهم مدى الاتساق والتنظيم في ذلك السلوك.

الأسلوب التجريبي The Experimental Method

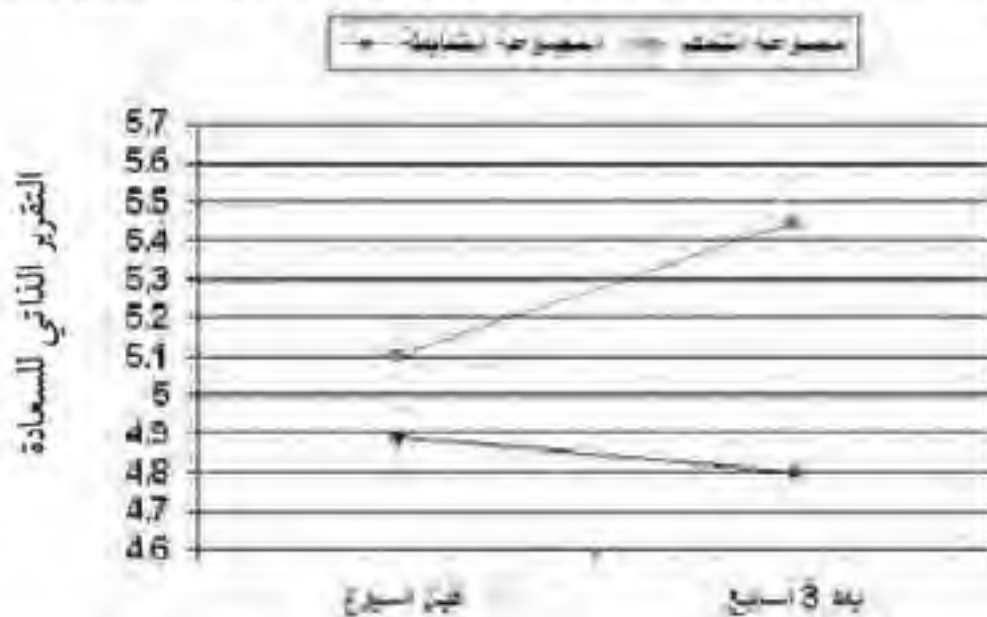
ولتحديد العلاقات السببية (سبب-نتيجة ؛ cause-effect) بين الأحداث ، ينبغي علينا استخدام الأساليب التجريبية. فلنأخذ الدراسة التالية التي تناولت المسؤولية الشخصية في علاقتها بعدد من مؤشرات الصحة (Langer & Robin, 1976). وبالرغم من أن هذه الدراسة أجريت منذ مدة طويلة نسبياً ، إلا أن تصميم البحث الذي استخدم فيها يوضح لنا أوجهاً مهمة من الأسلوب التجريبي.

تم إجراء هذه الدراسة في دار للمسنين في كونتيكات بالولايات المتحدة الأمريكية ، وقد تراوحت أعمار المشاركين ما بين 65 و90 عاماً. وتكونت المجموعة التجريبية (experimental group) من 47 مفحوصاً ، تم إخبارهم بأنه سيتم تشجيعهم على اتخاذ عدد من القرارات فعلى سبيل المثال ، وبدلاً من الاعتماد على الموظفين ، عليهم هم أن يقرروا طريقة ترتيب غرفهم ، والمكان الذي يرغبون بمقابلة زوارهم فيه ، وطريقة قضائهم وقت فراغهم ، وهكذا. بل وتم تشجيعهم أيضاً على إخبار الطاقم بشكاويهم. كما أُعطي كل منهم نبذة ليعتني بها شخصياً. أما المجموعة الضابطة (control group) فقد تكونت من 44 مشاركاً ، تركوا تحت الانطباع بأن الموظفين هم الذين يتخذون القرارات في كل المسائل التي ذكرناها. وقد تم إخبارهم بمدى لهفة الموظفين للعناية بهم ، بل وبنباتاتهم أيضاً وفيما عدا ذلك ، فقد تمت مطابقة أفراد المجموعتين ابتداءً (قبل أسبوع من إعطاء التعليمات) وفق عدد من المتغيرات ، بما فيها الوضع الصحي ، والمستوى الاقتصادي-الاجتماعي السابق ، ومدى التكيف النفسي. وبغض النظر عن هذه المطابقة ، وبعد 3 أسابيع ، اختلفت درجات

المجموعتين بشكل دالّ على عدد من المقاييس ، مثل البقظة والسعادة والصحة العامة ، وتكرار مشاهدة الأفلام ، والانخراط في الأنشطة الجماعية. وبين لنا الشكل 4-4 نتائج التقرير الذاتي للسعادة قبل التعليمات وبعدها.

توضح لنا هذه الدراسة عدداً من الأوجه النموذجية للدراسة التجريبية. فالفرضية التجريبية (experimental hypothesis) التي تقول إن المفحوصين المسنين سيفيدون من الإحساس بالمسؤولية الشخصية ، تم تطويرها من ملاحظة جماعات مشابهة ومن الأبحاث المنشورة سابقاً. والمتغير المستقل (independent variable) هو ذلك المتغير الذي يُفترض أن يتم ضبطه والسيطرة عليه من قبل الباحث. ويُتوقع أن يكون له تأثير سببي على سلوك المشاركين في البحث ، والذي يُشار إليه بالمتغير التابع (dependent variable). وفي هذه الدراسة ، كانت المسؤولية الشخصية هي المتغير المستقل ، وقد تم التحكم بها من قبل الباحثين من خلال تعليماتهم. أما المتغير التابع فهو استجابة المشاركين (مثل التقرير الذاتي حول السعادة) للشعور بالمسؤولية أو الافتقار إليها. والإجراء التجريبي الجيد تبعته أيضاً مطابقة (matching) المفحوصين وفقاً لمتغيرات مهمة قد يكون لها تأثير على نتائج البحث (مثل الوضع الصحي والتكيف). وأحياناً ، عندما يكون إجراء المطابقة صعباً ، يتم اختيار الأفراد عشوائياً (assigned randomly) لإدخالهم ضمن المجموعة التجريبية أو الضابطة. والفكرة هنا هي أن السمة الدالة الوحيدة المختلفة بين المجموعتين ستكون تلك التي نجمت عن الإحساس بالمسؤولية الشخصية. وبهذا نستنتج أن درجات السعادة المرتفعة لدى أفراد المجموعة التجريبية لا بد وأن تكون نتيجةً للتعليمات.

الشكل 4-4 التقارير الذاتية للسعادة قبل التدخل التجريبي وبعده



المصدر: مبنّي على بيانات من دراسة لانجر ورودين (Langer & Rodin, 1976)

في التصميم بين المجموعات ، يكون لدينا مجموعتان منفصلتان من المشاركين ، تتلقى كل واحدة منهما معاملةً مختلفة عن الأخرى. فلنأخذ مثلاً دراسةً لفعالية أحد أنواع العلاج. ففي أبسط أشكالها ، تتم مقارنة مجموعة تجريبية (تتلقى نوعاً من العلاج) بمجموعة أخرى ضابطة (لا تتلقى أي علاج). وغوذجياً ، يتم توزيع المرضى عشوائياً على المجموعتين ، وتطبق عدد من الأدوات والمقاييس (مثل مستوى القلق ، الانطباعات أثناء المقابلة ، أو بيانات مستمدة من الاختبارات) على جميع المرضى في كلا المجموعتين ، وذلك قبل تلقي المعالجة (أو عدم تلقيها) وبعده ، وربما بعد فترة متابعة قد تصل إلى 6 أشهر أو عام كامل بعد إجراء العلاج. وأية فروق تظهر بين المجموعتين - سواء بعد انتهاء المعالجة مباشرة أو أثناء فترة المتابعة - يفترض أن تكون نتيجةً للمعالجة التي تلقتها المجموعة التجريبية.

أما في التصميم ضمن المجموعات ، فتتم المقارنات على المريض نفسه على عدة فترات زمنية. ولتوضيح هذا الإجراء ، لنفترض أننا بصدد دراسة تأثير وجود المرء على قائمة الانتظار (كمستوى الضيق مثلاً). فقد نقرر أن نضع كل مريض على قائمة انتظار لمدة 6 أسابيع ، لكننا - قبل القيام بذلك - نقوم بتطبيق عدد من إجراءات التقييم (الفترة أ). وبعد ستة أسابيع ، نقوم بإعادة تقييم هؤلاء المرضى قبيل بدء العلاج (الفترة ب) ، ويتم تقييمهم للمرة الثالثة في نهاية العلاج (الفترة ج) ، وقد نقوم بمتابعتهم أيضاً في فترة لاحقة (الفترة د). وأية تغيرات تحدث ما بين الفترتين أ و ب (أثناء البقاء على قائمة الانتظار) يمكن مقارنتها بتلك التغيرات التي حدثت ما بين الفترتين ب و ج والفترتين ج و د. وهذه التحليلات الأكثر تعقيداً للتغيرات كفيلة بأن تعطينا فكرة أفضل حول فعالية المعالجة مقارنةً بمجرد البقاء على قائمة الانتظار.

وهناك العديد من التصميمات ضمن المجموعات. على أية حال ، فالميزة الأساسية لها هي أنها تحتاج إلى عدد أقل من المشاركين. وبالفعل ، وكما سنرى لاحقاً في تصميم الحالة الواحدة ، يمكننا بمجرد ملاحظة مشارك واحد ، تحديد ما إذا كان تدخل علاجي معين فعالاً أو غير فعال.

الصدق الداخلي Internal Validity

قد لا تتمتع التجربة أحياناً بالصدق الداخلي ؛ أي أننا لا نكون على يقين من أن النتائج التي تم الحصول عليها كانت نتيجة لتحكمنا بالمتغير المستقل. فبعض الدراسات لا تقوم حتى باستخدام مجموعة ضابطة لمقارنتها بمجموعة أخرى تجريبية. وفي مثل هذه الحالة ، فإن ما يلاحظ من تغيير قد

يرجع إلى متغيرات أخرى. فلنفترض مثلاً بأن لانجر ورودين لم يكن لديهما مجموعة ضابطة في تجربتهما على دور رعاية المسنين. فبالرغم من أن المجموعة التجريبية أظهرت زيادة في الشعور بالسعادة، إلا أن ذلك التغيير قد لا يكون ناجماً عن الشعور بالمسؤولية؛ بل قد يكون نتيجة لتعيين مدير جديد لدار المسنين عند بدء الدراسة، أو قد يكون نتيجة لتغيير أخصائي التغذية أثناء إجراء الدراسة. ودون وجود مجموعة ضابطة تتعرض أيضاً لمثل هذه الخبرات، لا يمكن للمرء أبداً أن يتأكد من النتائج. وباختصار، حين يفشل المنهج في ضبط العديد من المتغيرات غير التجريبية، أو عندما لا تكون موجودة بالمقدار نفسه لدى كلا المجموعتين التجريبية والضابطة، فإن هذه المتغيرات قد تؤدي إلى حدوث خلط (confound) في النتائج.

وسنرى لاحقاً أن الدراسات التي تتناول فعالية العلاج تستخدم أحياناً مجموعة واحدة من المرضى لتتلقى نوعاً جديداً من العلاج، ومجموعة أخرى مطابقة لها (أو يتم توزيع الأفراد عشوائياً على المجموعتين) توضع على قائمة الانتظار والافتراض هنا هو أن الفرق الوحيد ما بين المفحوصين على قائمة الانتظار وأولئك المعالجين هو أن المجموعة الأخيرة تلقت العلاج، أما الأولى فلم تتلقه. بالتالي، فالدراسة تتمتع بالصدق الداخلي. ولكن هل هي كذلك حقاً؟ إذ تظهر لنا الخبرة أن الأفراد على قائمة الانتظار لا يقبلون دائماً في الحصول على مساعدة، بل إنهم عادةً ما يطلبون مساعدة من رجل الدين، أو يحصلون على نصيح من صديق، أو يلجؤون إلى أنواع أخرى من الدعم. إذن فإن أي تغيير قد يظهر على مجموعة العلاج قد يختلط بالمساعدة غير الرسمية التي تلقاها أفراد مجموعة قائمة الانتظار خارج نطاق العلاج. بالتالي، فحقيقة أن مجموعة العلاج لم تتحسن بشكل أفضل من مجموعة قائمة الانتظار لا يعني بالضرورة أن التدخل العلاجي لم يكن فعالاً. بل يعني أن كلا المجموعتين تلقت نوعاً أو آخر من أنواع التدخل، ليس إلا.

ومن العوامل الأخرى التي تقلل من الصدق الداخلي مسألة التوقع (expectation). فعندما يتوقع أي من الباحث أو المشارك نتيجة معينة، فإن مثل هذه النتيجة قد تحدث. فلا يكون التحكم التجريبي هو سبب النتيجة، وإنما التوقعات. وتسمى هذه الظاهرة بالآثار الإيهامي أو البلاسيبو (placebo effect). فعلى سبيل المثال، قد يتصرف الأشخاص على أنهم ثملون عندما يعتقدون بأن الموقف يستدعي مثل ذلك السلوك، حتى عندما لا يكونون قد تناولوا أية مشروبات كحولية، بل مجرد أنهم اعتقدوا أنهم فعلوا ذلك. وقد أصبح من المعروف عن المرضى قولهم أحياناً إنهم أفادوا من العلاج، إلا أنهم في الواقع لا يكونون قد تحسّنوا؛ ولأن المعالج كرس لهم وقتاً طويلاً، نجد أنهم يشعرون بأنهم لا بد أن يكونوا قد تحسّنوا!

وفي حالات أخرى، أصبح من المعروف عن الباحثين أنهم يحصلون -دون قصد منهم- على الاستجابات التي يتوقعونها. فربما يتصرفون بطريقة خفيفة تُشجّع مرضاهم على السلوك بالطريقة

"الملائمة". والأرجح أن يحدث ذلك بشكل خاص عندما يعرف الباحث أي الأفراد يقع ضمن المجموعة التجريبية ، وأتيمهم ضمن الضابطة. ومن المعروف عن الإكلينيكيين أنهم يقومون "لا شعورياً" أحياناً بإعطاء المريض وقتاً أطول قليلاً للإجابة عن فقرة من اختبار ما ، لأنهم ببساطة يتوقعون من المريض أن يجيد الإجابة عنها.

ولنجنب آثار توقعات الباحث أو المشارك ، تلجأ الدراسات إلى استخدام إجراء التعمية المزدوجة (double-blind procedure). وفي هذا الإجراء ، لا يعلم المشارك أو الباحث بما هي المعالجة المستخدمة. فعلى سبيل المثال ، إذا كان أحد الباحثين ينوي دراسة آثار عقارين مختلفين ، فإن الشخص الذي يصرف العقار لا يعرف أي عقار يصرف ، وكذلك الأمر بالنسبة للمشاركين ، لأن الدواءين متطابقين في الحجم والشكل واللون والوزن والملمس والطعم ، وما إلى ذلك.

إذن فالمطابقة ، والاختيار العشوائي للمشاركين في المجموعة التجريبية والضابطة ، واستخدام مجموعة ضابطة ، وإجراءات التعمية المزدوجة ، كلها أساليب تساعد على التأكد من أن التجربة تعكس درجة من الصدق الداخلي.

الصدق الخارجي External Validity

عندما يتبين أن نتائج تجربة ما لا يمكن تعميمها خارج نطاق الظروف الدقيقة والمحدودة لتلك التجربة ، فإن البحث لا يظهر صدقاً خارجياً. فإذا ما كانت نتائج دراسة لانجر ورودين لا تنطبق إلا على دار واحدة للمسنين دون غيرها ، فهناك مشكلة. وفي الحقيقة ، فإن معظم الأبحاث التجريبية تُجرى على أمل تعميم نتائجها خارج حدود الموقف الحالي. ومن الصعب فعلياً تحديد مدى الصدق الخارجي للدراسة ما. فغالباً ما يكون من الصعب تكرار النتائج التي تم التوصل إليها مخبرياً في مواقع الحياة الفعلية. والخطأ الأسوأ هو الافتراض المطلق بأن ظهور نتائج معينة في الموقف "أ" يعني ظهورها ألياً في الموقف "ب". وبالرغم من أن الأبحاث التجريبية المخبرية تتيح عادة ضبطاً أكبر للمتغيرات ، إلا أن طبيعتها "الاصطناعية" قد تحول دون إطلاق تعميمات واسعة.

الأبحاث التناظرية Analog Research

والتساؤل حول تعميم النتائج يبرز تحديداً في الدراسات التناظرية : وهي الدراسات التي يتم إجراؤها في المختبر حيث تسهل ممارسة الضبط ، إلا أن ظروفها تكون "مناظرة" لواقع الحياة. وغالباً ما تُستخدم هذه الدراسات بغرض إلقاء الضوء على طبيعة الاضطرابات النفسية أو العلاج النفسي. فعلى سبيل المثال ، حين حاول واطسون وراينر (Watson & Rayner, 1920) إثبات كيف يمكن للطفل ألبرت أن يتعلم الخوف المرضي (الرهاب أو الفوبيا) من الجرذان البيضاء ، قاما ببناء موقف مُناظر

للطريقة التي اعتقدا بأن المخاوف المرضية تُكتسب من خلالها (انظر التوضيح 4-1). وكمثال آخر ، يقوم بعض الباحثين بدراسة آثار الاكتئاب وارتباطاته عن طريق إحداث مزاج اكتسابي لدى المشاركين غير المكتئبين باستخدام الأساليب التقليدية في استحداث المزاج (mood induction techniques) (مثل قراءة نص ثبت أنه يزيد مستويات عدم الارتياح أو الكرب) أو عرض صور وموسيقى تُحدث حالات مزاجية معينة (e.g., Goodwin & Sher, 1993) ، حيث يفترض بهذه التقنيات أن تخلق حالة اكتئابية مناظرة لتلك التي نراها في الاكتئاب الإكلينيكي.

وبطريقة ما ، فإن جميع الدراسات التجريبية تقريباً دراسات تناظرية. ولكن عندما تكون هنالك قيود عملية أو أخلاقية شديدة تمنعنا من خلق ظروف الحياة الواقعية ، فعلى اللجوء إلى المواقف التناظرية. وميزة الدراسات التناظرية هي أنها تمكننا من الحصول على صدق داخلي أفضل ، وذلك نتيجة لشروط الضبط التي توفرها لنا التجارب المخبرية. إلا أن نقطة ضعف هذه الطريقة تكمن في درجة التشابه بين المناظرة وواقع الحياة. فلنفترض مثلاً أننا قررنا دراسة دور الفشل في خلق الاكتئاب. نحن هنا لا نريد دراسة الأفراد الذين يعانون من الاكتئاب الفعلي ، وذلك لعدة أسباب. أولاً ، من الصعب العثور على عينة كبيرة كافية من المكتئبين الذين يتشابهون في خلفياتهم ويتساوون من حيث درجة الاكتئاب. ثانياً ، هل سيكون من الأخلاقي إخضاع مثل هؤلاء الأفراد لخبرة فشل قوية دالة ، والمجازفة العلاجية بإدخالهم في مزيد من سراديب الاكتئاب؟ وبالمناسبة ، فهذه المسألة تمثل مأزقاً حقيقياً في الأبحاث التناظرية. فإذا ما كانت معالجتنا التجريبية فعالة حقاً ، فقد تكون مؤذية من جانب آخر (وبالتالي غير أخلاقية). وإذا ما كانت المعالجة بسيطة أو متوسطة التأثير ، فربما يكون البحث تافهاً ، ولا يتمنع إلا بالقليل من الصدق الخارجي. أخذين هذه القيود الأخلاقية بالاعتبار ، وحقيقة ما تتيحه لنا الظروف التناظرية من تحكم بدرجة الفشل ونوعه ، وبطبيعة المفحوصين وغيرها ؛ فإن استخدام الدراسات التناظرية يُشكّل بديلاً جذاباً.

ولكن حين نستخدم الإجراءات التناظرية ، فربما يكون علينا أن ندفع ثمناً لذلك. ففي دراستنا الافتراضية السابقة مثلاً ، كيف يمكننا أن نزعم بأن المشاركين في الدراسة يماثلون بالفعل أولئك المشاركين الذين شُخصوا بأنهم يعانون من الاكتئاب؟ فربما كان هؤلاء المشاركون عبارة عن متطوعين من طلبة مساق في علم النفس ، والدليل الوحيد على أنهم مكتئبون هو حصولهم على درجة تزيد عن نقطة القطع على استبانة تهدف إلى قياس درجة الاكتئاب. وبالتالي ، فهم لا يمثلون حالات إكلينيكية للاكتئاب إضافة إلى ذلك ، فليس لدينا ما يضمن أن الفشل في حل مشكلة ما في موقف مخبري هو خبرة مشابهة فعلاً للفشل "الحقيقي" في الحياة اليومية لشخص يعاني من الاكتئاب.

يبحث بعض العلماء على استخدام الحيوانات في البحث ، وذلك لأن استخدامها يخلو من المشكلات المنهجية التي تظهر في البحث على الإنسان. إذ يمكننا تحقيق ضبط تام تقريباً على الحيوانات ؛ إذ نتحكم بنوعية غذائها ، وظروف معيشتها ، وحتى في خلفيتها الجينية أيضاً. كما يمكننا أن نكون أكثر تدخلاً في حياتها. ولأن الحيوانات تعيش حياة أقصر بشكل عام من حياة البشر ، فإن الظواهر التي تحتاج إلى سنوات لدراستها لدى البشر يمكن دراستها في غضون عدة أشهر مع الجرذان مثلاً. إضافة إلى ذلك ، هناك عدد من الاضطرابات السلوكية التي تحدث بشكل "طبيعي" (مثل العدوان ، واضطرابات المزاج ، والنشاط الزائد ، واضطرابات الأكل) وتلاحظ عادةً في إطار الممارسات البيطرية ، والتي يبدو أنها ذات صلة بمجال الاضطرابات النفسية (Stein, Dodman, Borchelt, & Hollander, 1994). ولكن نعود لنتساءل : ما مدى التشابه بين سلوك الحيوان وسلوك الإنسان؟ ربما يكون مشابهاً له بدرجة كافية في بعض الحالات ، ولكنه في حالات أخرى قد لا يشبهه أبداً.

وفي التحليل النهائي ، يمكن للأبحاث التناظرية أن تكون مهمة ، كما يمكننا تسليط الضوء على بعض المسائل وبلورتها. ولكن مع ذلك ، فعند استخدامها لا يمكننا أبداً أن نتجاهل بشكل تام ما أشرنا إليه من أوجه نقد وتساؤلات حول هذه المنهجية في البحث.

ملاحظة ختامية A Closing Note

في اختتامنا لهذا الجزء حول الأساليب التجريبية ، ينبغي التنويه إلى أنه ليس الجميع مغرمًا بهذه الأساليب التقليدية. فعلى سبيل المثال ، انتقد كاتيل (1965) منذ عدة سنوات ما يسمى بأسلوب البحث ثنائي المتغيرات (bivariate research strategy). وهذا الأسلوب الذي يعود إلى بافلوف وفونت يعد أسلوباً له مكانته ، ويتم فيه دراسة متغيرين فقط في آن واحد. إذ يقوم الباحث بالتحكم بمتغير مستقل ، ثم يلاحظ آثار ذلك على المتغير التابع. فقد تتضمن التجربة مثلاً قيام الباحث بخلق شعور لدى المشاركين بضعف سيطرتهم الشخصية على حدوث الصدمات الكهربائية (متغير مستقل). والسؤال هنا هو : ماذا يحدث لمستويات القلق لدى المشاركين كما تقيسها الاستجابة الجلفانية للجلد (متغير تابع)؟ إذا ما كان التركيز منصباً على القلق ، فقد يكون من الضروري إجراء الآلاف من مثل هذه الدراسات ثنائية المتغيرات لتحديد كيف يصبح الأشخاص قلقين. وعلى الباحثين أن يغيروا في مقاييس القلق ، وطبيعة المثير ، وفي وجود سمات شخصية مسبقة لدى المشاركين قد تؤثر على طبيعة استجاباتهم. وإذا ما قام الباحثون بتغيير ظرف واحد فقط في كل مرة ، ودراسة تلو الأخرى ، فسينتهي بهم المطاف إلى تجزئة الإنسان وشرذمته. وقد يكون الدمج بين نتائج كل هذه الدراسات الثنائية أصعب من تجميع قشور بيضة مسلوقة وتركيبها. ولأن

الدراسة تنظر إلى متغير القلق بمعزل عن متغيرات أخرى - مثل الكفاءة والتكيف - فإن النتائج لن تعطي أي تفسير منطقي لكيفية تأثير هذه المتغيرات على القلق.

ونتيجةً لذلك ، فقد أيد بعضهم استخدام استراتيجية تعدد المتغيرات (multivariate strategy). وهنا ، يقوم الباحث باستخدام مختلف المقاييس على الشخص ذاته ، إلا أنه لا يبذل الكثير من الجهد في التحكم بالمتغيرات. فقد يستخدم بيانات تم الحصول عليها من الاستبانات أو السجلات الحياتية أو الملاحظة ، وهكذا. ويمكن الربط بين هذه البيانات والقيام بإجراء تحليل عاملي لها. ولأن هذه الطريقة يمكن أن تركز على الظواهر التي تحدث بصورة طبيعية وتتعامل مع عدد من المتغيرات في آن واحد ، فهناك العديد من يرونها طريقةً متفوقة. على أية حال ، لهذه الطريقة - كغيرها من الأساليب الارتباطية - محدودياتها أيضاً (Phares, 1991).

تصاميم الحالة الفردية Single-Case Designs

تعتبر تصاميم الحالة الفردية نتاج التطور الذي شهدته التوجهات السلوكية والإجرائية. وهناك أوجه تشابه ما بين هذه التصاميم وكل من الأسلوب التجريبي ودراسة الحالة. إذ يقوم الباحث مثلاً بقياس سلوك المفحوص في مواقف وظروف مختلفة ، فهو بذلك يوظف أسلوباً مشابهاً للأساليب التجريبية. إلا أن التركيز هنا يكون منصباً على استجابات مشارك واحد فقط. وتبدأ مثل هذه الأبحاث عادةً بتأسيس خط قاعدي (baseline). ويتم فيه أخذ سجل لسلوك المشارك قبل أي تدخل تجريبي ، مثل عدد نوبات القلق التي تحدث أسبوعياً. وبعد تأسيس خط قاعدي ثابت ، يتم تقديم التدخل التجريبي. ومن ثم تحديد آثار هذا التدخل من خلال مقارنة المستوى القاعدي للسلوك بمستواه اللاحق بعد عملية التدخل. وعادةً ما يتم استخدام تصاميم الحالة الفردية لدراسة آثار الأساليب العلاجية.

ودراسات الحالة الفردية تتيح للباحث إيجاد علاقات سببية. وعلاوةً على ذلك ، فهي تقدم أسلوباً لدراسة السلوك الإكلينيكي (والأساليب العلاجية خاصةً) لا يتطلب إحجاماً عن المعالجة من خلال توزيع مجموعة معينة من المشاركين في مجموعات ضابطة أو قوائم انتظار. وقد جادل بعضهم بأن مثل هذه الإجراءات المضبوطة - مع أنها تمثل أسلوباً جيداً من ناحية علمية - غير أخلاقية في جوهرها ؛ وذلك لأنها قد تحرم الأفراد من الأمل في الشفاء. وبالرغم من أن العلاج المستخدم قد لا يكون موثقاً - ومع أن بعضهم يؤمن بأن العلم ينبغي أن يضحّي ببعض احتمالات التحسن لغايات الصالح العام - إلا أن شبح هذه الأخلاقيات يبقى كامناً.

وهناك سبب عملي آخر لاستخدام تصاميم الحالة الفردية ، وهو الصعوبة البالغة عادةً في إيجاد عدد كافٍ من المشاركين للقيام بالمطابقة أو التوزيع العشوائي على المجموعات الضابطة ، فالحالات

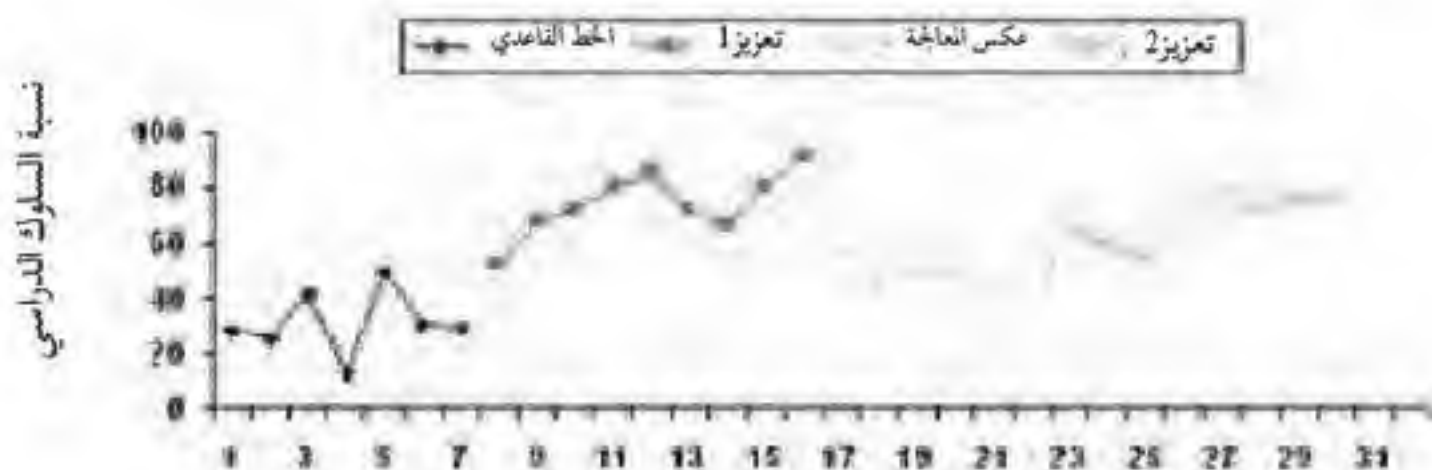
الفردية تقلل من العدد المطلوب للدراسة. كما يجادل بعضهم بأن معظم الأبحاث (سواء في مجال الشخصية أو البحث الإكلينيكي) نعلم نتائجها وفقاً للمتوسطات الحسابية. وبالتالي ، فقد لا تنطبق النتائج فعلياً على حالة واحدة أو تعكس خصائصها (Lamiell,1987). بينما تتجنب تصميم الحالة الفردية مثل هذه المشكلات.

تصميم أب أب (أو ABAB) The ABAB Design

ويسمح تصميم (ABAB) بقياس فعالية المعالجات عن طريق الملاحظة المنهجية للتغيرات الحاصلة على سلوك المشارك عند التناوب ما بين تقديم المعالجة وعدم تقديمها. وسمي هذا التصميم بتصميم (ABAB) ، لأن الفترة القاعدية الابتدائية (A) تتبعها فترة معالجة (B) ، فعودة إلى الخط القاعدي (A) ، ثم فترة علاجية ثانية (B).

ومن الأمثلة التوضيحية الجيدة على تصميم (ABAB) للحالة الفردية ، دراسة حالة روبي (Robbie) (R.V. Hall, Lund,&Jackson,1968). كان روبي طالباً في الصف الثالث وُصِفَت سلوكياته بأنها مُخلّة بالنظام. وكان يمضي 75٪ من وقته بالضحك ، ورمي الأشياء ، والإزعاج بشكل عام. أما باقي وقته (25٪) فكان يمضيه في الدراسة. وبين الشكل 4-5 الخط القاعدي للوقت الذي يقضيه روبي في الدراسة. وخلال فترة المعالجة الأولى (التعزيز 1) قامت المدرسة بتوجيه اهتمام أكبر لروبي ، فازداد السلوك الدراسي لديه تبعاً لذلك. وأثناء فترة عكس المعالجة ، عادت المدرسة إلى المستوى السابق من توجيه الاهتمام إلى روبي ، فعاد سلوكه الدراسي إلى مستوى الخط القاعدي تقريباً. وعندما أعيد تقديم المعالجة (التعزيز 2) ، تحسن أدائه مرة أخرى. لقد تم إدخال فترة عكس المعالجة ما بين فترتي المعالجة ؛ وذلك كي يتمكن الباحثون من تحديد العلاقة السببية ما بين سلوك المدرسة وسلوك روبي.

الشكل 4-5 حالة روبي: تقديم التعزيز وسحبه



المصدر: "آثار انتباه المعلم على السلوك الدراسي" (Hall, Lund&Jackson,1968)

ومن الصعوبات المتعلقة بإجراء تصميم (ABAB) أن سحب المعالجة قد ينطوي على مشكلة أخلاقية صعبة. على أية حال ، تعتمد جدية هذه القضية على الظروف الخاصة المتضمنة في الدراسة.

تصميم الخطوط القاعدية المتعددة Multiple Baseline Design

في بعض الحالات يكون من المستحيل استخدام فترة عكس المعالجة. وكما ذكرنا ، فقد تكون هنالك قيود أخلاقية. كذلك قد لا يرغب المعالجون في مواقع البحث الإكلينيكي جعل عملائهم يعيشون هذه الخبرات مرة أخرى ، وهي تجارب قد تعيد إليهم السلوكات نفسها التي يريدون اجتثاثها. وفي مثل هذه الحالات ، يمكن للباحثين أن يستخدموا تصميم الخطوط القاعدية المتعددة. وهنا ، يتم اختيار سلوكين أو ثلاثة لتحليلها. فربما يواجه أحد المرضى في مؤسسة ما مثلاً صعوبة في التصرف بمسؤولية : فلا يعتني بغرفته ، ولا يحافظ على نظافته الشخصية ، ولا يلتزم بمواعيد واجباته الوظيفية. هنا ، يتم تجميع بيانات الخط القاعدي حول سلوكه من أماكن عمله وجوانب حياته الشخصية ، ومن ثم يتم تقديم التعزيز الفوري عندما يتصرف المريض بمسؤولية في جوانب حياته الشخصية دون أماكن العمل. وبعد ذلك بفترة ، يتم جمع البيانات من كلا الموقعين مرة أخرى.

أما المرحلة الأخيرة فتشمل تعزيز السلوك المسؤول في كلا المجالين. فإذا ما ازداد السلوك المسؤول في جوانب حياته الشخصية بعد التعزيز دون أماكن عمله التي لم تتضمن تعزيزاً ، فسيكون من المحتمل وجود عامل آخر غير معروف وغير مضبوط عدا عامل التعزيز. ولكن إذا ما تبين أن المكافأة تعزز السلوك المسؤول في بيئة العمل كذلك ، فمن المحتمل ألا تكون هنالك عوامل أخرى غير المكافأة تؤثر على سلوك المريض. إن استخدام خطوط قاعدية مزدوجة كفيل بأن يزيد ثقة الباحثين بمستويات الضبط التجريبي الذي يمارسونه.

وهناك دراسة قام بها موراس وتيلفر وبارلو (Moras, Telfer, & Barlow, 1993) تمثل نموذجاً آخر لتصميم الخطوط القاعدية المتعددة. ودراساتهم تستحق الذكر هنا لعدة أسباب : أولها قيامهم بتطبيق طريقة الحالة الفردية في معالجة ليست سلوكية في أساسها (بعكس معظم تطبيقات أسلوب الحالة الفردية). وثانياً ، استهدفهم حالة إكلينيكية شائعة - تجمع بين اضطراب القلق العام والاكتئاب الأساسي - إلا أنها معقدة في الوقت نفسه لتعدد أعراضها. وأخيراً ، فقد كانوا قادرين على اختبار الفرضية القائلة إن كل شكل من أشكال المعالجات المستخدمة في المعالجة المركبة أو المدمجة (معالجة التحكم بالقلق والعلاج النفسي البين-شخصي للاكتئاب) ستؤثر بشكل خاص على تلك الأعراض التي تم تصميم المعالجة من أجلها أصلاً.

ويعرض التوضيح 3-4 وصف موراس وزملائه (1993) لحالة رجل (الحالة 2) في الثلاثين من عمره ، يعاني من اضطراب القلق العام والاكتئاب الأساسي ، ويبين التوضيح درجاته الأسبوعية على مقياس للتقرير الذاتي حول القلق والاكتئاب خلال فترة المعالجة. وكما نلاحظ ، فقد كانت مستويات القلق والاكتئاب مرتفعة ودالة إكلينيكية قبل إجراء المعالجة (في الأسبوعين 1 و 2 للنخط القاعدي). إذ تم في البداية تطبيق معالجة التحكم بالقلق على مدى 6 جلسات ، تلتها مقابلة تشخيصية. ثم بعد ذلك ، تم تطبيق العلاج النفسي البين-شخصي للاكتئاب على مدى ست جلسات ، تلتها مقابلة تشخيصية أخرى.

هنالك عدة خصائص تستحق الذكر في الحالة 2 . أولاً ، لقد انخفضت درجات قلق المفحوص بالفعل خلال فترة معالجة التحكم بالقلق. وعلى نحو ما ، فقد انخفضت درجاته على مقياس الاكتئاب أيضاً. إضافة إلى ذلك ، أظهرت درجات كل من الاكتئاب والقلق انخفاضاً (ولكن ليس بطريقة درامية) أثناء فترة العلاج النفسي البين-شخصي للاكتئاب. وقد استنتج موراس وزملاؤه بأن هذه المعالجة المركبة (معالجة التحكم بالقلق والعلاج النفسي البين-شخصي للاكتئاب) تبدو فعالة في علاج المرضى الذين يعانون من اضطراب القلق العام والاكتئاب الأساسي. لكن ، وبمعكس الفرضية الأصلية ، لم تكن هناك أدلة على وجود تأثير فارق أو محدد لمعالجة التحكم بالقلق على أعراض القلق فقط ، أو للعلاج النفسي البين-شخصي للاكتئاب على أعراض الاكتئاب فقط.

يعدّ هذا المثال توضيحاً جيداً لكيفية استخدام تصميم الحالة الفردية في توثيق فعالية المعالجة (فردية أو مركبة) لحالات إكلينيكية شائعة. بالإضافة إلى ذلك ، فباستخدام موريس وزملائه لنموذج من نماذج تصميم الخطوط القاعدية المتعددة ، استطاعوا اختبار فرضية تتعلق بتحديد آثار المعالجة.

بالطبع ، فإن كل تصميمات الحالة الفردية هذه تتعامل مع شخص واحد فقط وفقاً لتعريفها. إذن هل يمكننا تعميم ما يبدو صحيحاً بالنسبة لحالة واحدة على مجتمع بأكمله؟ وكما هو الحال في أساليب دراسة الحالة ، فإن الصدق الخارجي للنتائج أو محاولات تعميمها قد تواجهها مشكلات عدة. ولكن طالما أننا مهتمون بدراسة شخص بعينه ، أو بصدد البحث عن دلائل تشجعنا لاحقاً على القيام بإجراء دراسات تجريبية تقليدية متكاملة ، يبقى لهذا الأسلوب أهميته وجدارته.

معالجة القلق مترافقاً مع الاكتئاب

قدم كل من موراس وتيلفر وبارلو (Moras, Telfer, & Barlow, 1993, p.414) الوصف التالي للحالة 2:

كان المريض رجلاً في منتصف الثلاثينيات من العمر، ولديه 3 أبناء (تتراوح أعمارهم بين 4 أعوام و12 عاماً). وكان يعمل بدوام كامل في منصب متوسط المهارة. وقد تثلثت شكاويته في "الانهيار بسرعة وكثرة البكاء" و"التوجهات اللاأبالية"، والشعور بالتوتر، والرغبة في الهرب من الوظيفة. وعندما سُئل عن علاقته بزوجه، قال إنه وزوجته "يبدو وكأن كل منهما يسير باتجاه مختلف". لكنه سارع إلى تفكي عبارته بقوله إنهما لا يبدو أن يتعايدن، بل هما قريبان من بعضهما بعضاً، ولكن باستقلالية أكبر.

وقد كان التشخيص الذي أعطي للمريض بناءً على مقابلتين شخصيتين مقننتين هو: نوبات مشتركة من اضطراب الاكتئاب الأساسي (متكرر، متوسط) 5 واضطراب القلق العام 5.

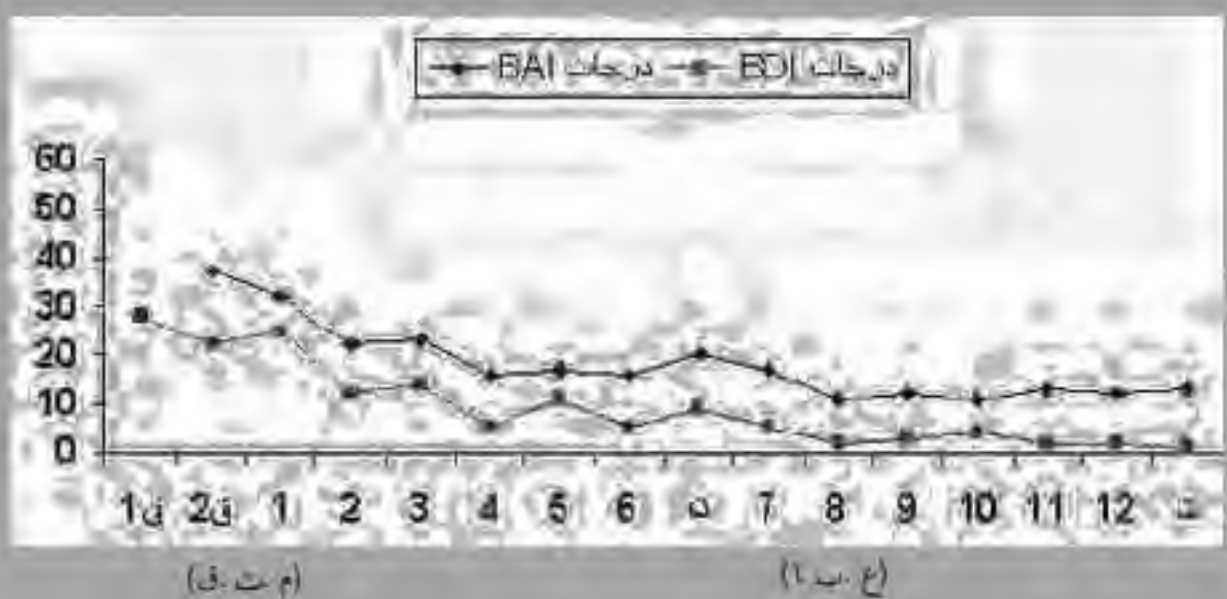
وفيما يلي الدرجات الأسبوعية للحالة 2 على كل من قائمة بيك للقلق (BAI; Beck Anxiety Inventory) وقائمة بيك للاكتئاب (BDI; Beck Depression Inventory).

التغيرات الأسبوعية على قائمة بيك للقلق (BAI; Beck, Epstein, & Brown, 1988)، وقائمة بيك للاكتئاب (BDI; Beck, Steer, & Garbin, 1988) للحالة 2. (ق 1: الأسبوع القاعدي الأول، ق 2: الأسبوع القاعدي الثاني، م. ت. ق: معالجة التحكم بالقلق، ت: أسبوع التقييم، ع. ب. 1: العلاج بين-شخصي للاكتئاب).

المصدر:

Moras, K., Telfer, L. A., & Barlow, D. H. (1993). Efficacy and Specific effects data on new treatment: A case study with mixed anxiety-depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 412-420.

الدرجات الأسبوعية على مقاسي القلق والاكتئاب



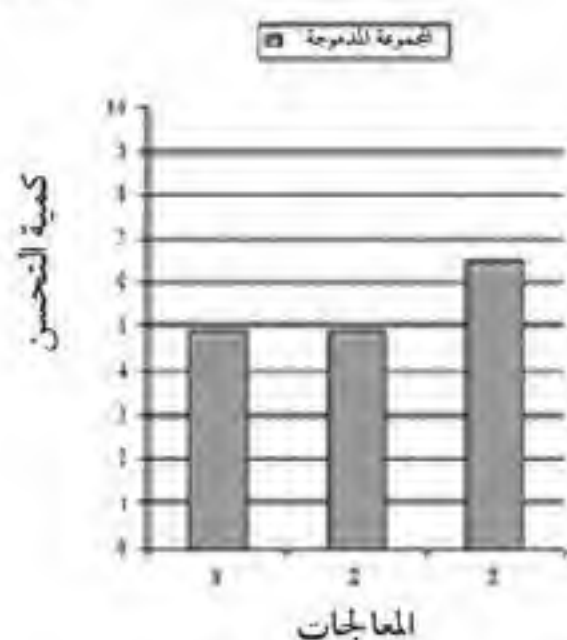
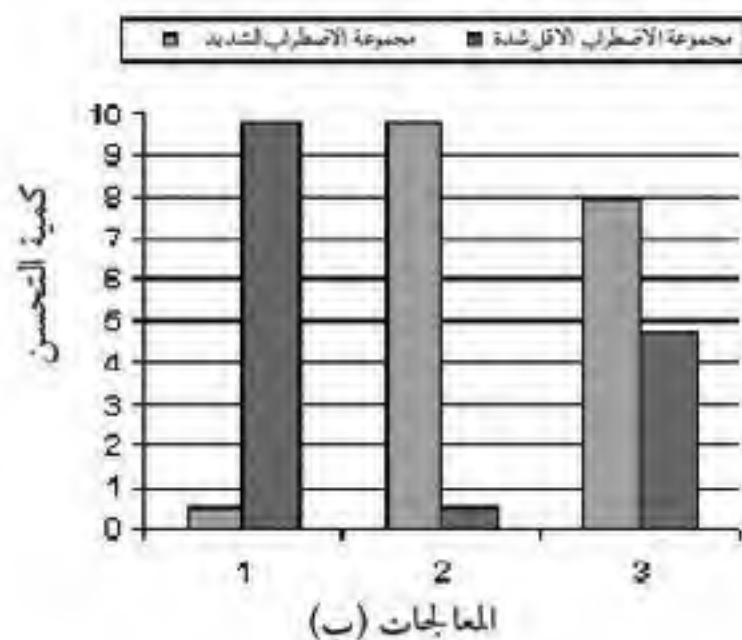
جلسات العلاج

أحياناً يتم دمج الأساليب التجريبية والارتباطية فيما يسمى بالتصاميم المختلطة. وهنا يتم توزيع الأفراد الذين يمكن تقسيمهم لفئات معينة (مثل الفصامين مقابل الأسوياء) على شكل مجموعات، بحيث تكون لكل حالة أو معالجة تجريبية مجموعتها الخاصة. وبهذه الطريقة لا يقوم الباحث بإحداث أو تغيير حالات مرضية معينة أو التحكم بمتغيرات مثل الذهان أو السوء، بل يتم الربط بينها وفقاً للظروف التجريبية.

لقد قام ديفيسون وزملاؤه (Davison et al., 2004) بتقديم مثال افتراضي ممتاز على كيفية عمل التصاميم المختلطة. فلنفترض أننا أردنا البحث في فعالية ثلاثة أشكال من العلاج (التحكم التجريبي)، وأتأكدنا بذلك عن طريق تحديد مرضى نفسيين يمكن تقسيمهم وفقاً لمجموعتين تبعاً لشدة المرض (متغير التصنيف)، فهل تختلف فعالية العلاج وفقاً لشدة المرض؟ يبين الشكل 6-4 نتائج هذا البحث الافتراضي. وفي الشكل 6-4 (ب) تظهر البيانات التي تم الحصول عليها عندما تم تقسيم المرضى إلى مجموعتين وفقاً لشدة مرضهم. بينما يبين الشكل 6-4 (أ) مدى الارتباك الذي يمكن أن نكون عليه لو لم نقوم بتقسيم المرضى إلى مجموعتين. فعند دمج جميع المرضى، سنجد أن المعالجة 3 حققت أفضل تحسن، مما يقودنا خطأ إلى الاعتقاد بأن هذه المعالجة هي الأفضل. ولكن عندما نقوم بتحليل البيانات وفقاً لشدة المرض، فإننا نجد أن المعالجة 3 ليست الأفضل لأي من المجموعتين. وبدلاً من ذلك، وكما يبين الشكل 6-4 (ب)، نجد أن المعالجة 1 هي الأفضل بالنسبة للمرضى ذوي المشكلات الأقل شدة، بينما بالنسبة لأولئك الذين يعانون من مشكلات أشد، تعتبر المعالجة 2 هي الأفضل.

الشكل 6-4 آثار ثلاث معالجات على مرضى ذوي مشكلات متباينة الشدة

المصدر: مأخوذ من: علم نفس الشواذ، Abnormal Psychology, 9th ed., by G.C. Davison, J. M. Neale, & A. M. Kring (2004)



لاحقاً في هذا الكتاب ، سيتضح لنا عدم وجود معالجة "فضلى" لجميع المشكلات والأشخاص. وإنما توجد معالجات تختلف فعاليتها باختلاف المشكلات النفسية والأشخاص. ويمكن للتصاميم المختلطة أن تساعدنا على تمييز ما هو الأفضل ، ولأن. بالطبع ، لا ينبغي أن ننسى أن التصاميم المختلطة تحتوي على عوامل لا يتم التحكم بها (مثل شدة المرض) ، وهذا يؤثر مشكلات سبق وناقشناها عند حديثنا عن الأساليب الارتباطية (Davison et al., 2004).

الدلالة الإحصائية مقابل الدلالة العملية

Statistical Versus Practical Significance

بعد جمع البيانات الإحصائية (مثل معاملات الارتباط) ، يمكن لنا تحديد ما إذا كان الرقم الذي تم الحصول عليه ذا دلالة. وتقليدياً ، يُعتبر الارتباط ذا دلالة إحصائية إذا كانت احتمالية الصدفة في الحصول على النتائج التي تم التوصل إليها أقل من 5 مرات من 100. عندها يُقال إن هذه القيمة التي تم الحصول عليها ذات دلالة عند مستوى البينة 0.05 ، وتكتب عادةً بالعربية : الاحتمال $0.05 > p$ وبالإجليزية : $(p < 05)$. وبشكل عام ، كلما ازداد معامل الارتباط ازداد احتمال دلالة الإحصائية. ولكن عندما يزداد حجم العينة ، فحتى الارتباطات البسيطة يمكنها أن تكون ذات دلالة ، فمعامل الارتباط 0.19 لعينة من 180 مشاركاً مثلاً سيكون ذا دلالة ، بينما عندما تكون العينة مكونة من 30 مشاركاً فقط فإن معامل الارتباط 0.30 قد يفضل في أن يكون ذا دلالة.

التوضيح 4-4

ما الذي ينبغي دراسته؟

لفترة من الزمن ، انتقد الأخصائيون الإكلينيكيون الذين يجرون الأبحاث لاستخدامهم عينات من الأفراد الذين يسهل الحصول عليهم. وقد ركز النقد أساساً على استخدامهم لطلبة الجامعات في الدراسات الشاذية. على أية حال ، فقد توجه الاهتمام خلال العقود الأخيرة لمسألة النقص في الأبحاث التي تستخدم مشاركين من النساء و/أو الأقليات العرقية. وتحديدًا ، فقد شعر بعض النقاد أن الكثير من الدراسات لجأت إلى عينات يتكون معظمها من الرجال البيض. وشعروا أن النتائج التي تم التوصل إليها حول المشكلات النفسية ومعالجاتها قد لا تنسحب على النساء أو الأشخاص ذوي الأصول العرقية الأخرى.

ولم تؤثر هذه الاعتبارات على الوعي العلمي للعلماء الإكلينكيين بهذه المسائل فحسب ، بل وأثرت رسمياً على متطلبات هذه الأبحاث التي تحظى بدعم الحكومة الأمريكية ، ووضعتها في مكانها الصحيح. والآن ، أصبح لمؤسسات الصحة الوطنية (National Institutes of Health-NIH) سياسة تتعلق بمشاركة النساء وأفراد من الأقليات في جميع الدراسات المتعلقة بسلوك البشري.

فهذه المجموعات تحديداً يجب أن يتم تمثيلها في مشاريع البحث التي تدعمها هذه المؤسسات (NIH) ، إلا إذا كان من الواضح أن إدخال أفراد من هذه المجموعات لن يكون ملائماً في ضوء اعتبارات تتعلق بصحة المشاركين أو هدف الدراسة. وبهذه الطريقة ، يمكن أن نظهر مشاريع الأبحاث الأساسية ما إذا كانت النتائج العامة التي تم التوصل إليها بالنسبة للرجال أو المشاركين من البيض تنطبق أيضاً على النساء وعلى أفراد من الأقليات.

لذا ، فمن المهم أن نميز ما بين الدلالة الإحصائية و الدلالة العملية عند تفسيرنا للنتائج الإحصائية. فمعامل الارتباط 0.19 قد يكون ذا دلالة ، إلا أن مدى حجم العلاقة قد يكون متواضعاً. فعلى سبيل المثال ، في دراسة تتضمن 5000 مشارك من طلبة الدراسات العليا في علم النفس الإكلينيكي ، قد يكون صحيحاً أن معامل ارتباط درجات امتحان القبول الجامعي (GRE) مع درجاتهم في الجامعة يساوي 0.15. ومع أن هذه العلاقة تفوق احتمال الصدفة ، إلا أن أهميتها الفعلية تعد بسيطة. فمعظم التباين في الدرجات الجامعية يعود إلى أسباب أخرى عدا درجات امتحان القبول (GRE). وفي بعض الحالات ، قد يُعتبر معامل الارتباط 0.15 مهماً ، ولكنه لا يكون كذلك في كثير من الأحيان. في الوقت نفسه ، علينا أن نتذكر أن قبول مستويات الدلالة عند مستوى البينة 0.05 على أنها ليست صدفةً ، قد يمثل نوعاً من التفليد العلمي ، لكنه ليس مقدساً. ففي حالات معينة ، قد تقنعنا معلومات أخرى بأن مستويات الدلالة 0.07 أو 0.09 مثلاً جديرة بأن تؤخذ بجديّة.

البحث والأخلاقيات *Research and Ethics*

قمنا في الفصل الثالث بمناقشة عدد من المسائل الأخلاقية المتعلقة بالممارسة في علم النفس الإكلينيكي. ويتضمن البحث أيضاً اعتبارات أخلاقية مهمة. فالمشاركون في الأبحاث مثلهم مثل المرضى : لهم حقوقهم ، وتقع مسؤوليتهم على عاتق الباحثين. وفي عام 2002 ، قامت الرابطة النفسية الأمريكية (APA) بنشر مجموعة مفصلة ومحدثة من المعايير الأخلاقية المتعلقة بالأبحاث على الإنسان (American Psychological Association, 2002). وسنعرض هنا موجزاً لها فقط. فهذه المعايير تتطلب من الباحثين :

- 1 . التخطيط للأبحاث وإجرائها وفقاً لمعايير محددة من الكفاءة العلمية والمبادئ الأخلاقية. وعلى الأخصائي النفسي أن يحصل على الموافقة -وقد تكون من المؤسسات إذا دعت الحاجة- قبل إجراء البحث.
- 2 . الحصول على الموافقة المسبقة من المشاركين في البحث. وتعريفهم بإجراءات البحث وبحقهم في الانسحاب ، وباحتمالات المخاطرة أو الانزعاج ، وبالفوائد المحتملة ، وحدود السرية ، وحوافز المشاركة ، وبالجهة التي يمكن الاتصال بها للاستفسار عن المشاركة وحقوق المشاركين.
- 3 . استخدام الخداع كجزء من الإجراءات ، فقط عندما لا يكون منه بُدّ ، ولا مجال لاستخدام أية طرق بديلة.

- 4 . الحرص الشديد -أثناء تقديم المحفزات للمشاركين في البحث- بأن تكون طبيعة التعويض واضحة تماماً (مثل الخدمات المهنية) ، وأن لا تكون الحوافز المالية أو غيرها باهظة ، بحيث تغري الفرد وترغمه على المشاركة.
 - 5 . عدم تلفيق البيانات ، والاعتراف بفضل الآخرين وبمساهماتهم. إذ يجب مناقشة حق الكتابة والنشر مع بداية عملية البحث ، وتقدير هذا الحق بناءً على المساهمة النسبية للأفراد المشاركين بالبحث.
 - 6 . إبلاغ المشاركين بالبحث بأية استخدامات متوقعة لاحقاً للبيانات ، وباحتمالات مشاركة البيانات مع باحثين آخرين ، أو أية استخدامات مستقبلية أخرى غير متوقعة.
 - 7 . تزويد المشاركين بالمعلومات في نهاية البحث ، وذلك لإزالة أية مفاهيم مغلوطة قد تكون تشكلت لديهم.
 - 8 . يجب معاملة الحيوانات التي يتم إجراء الأبحاث عليها معاملةً رحيمة ، ووفقاً للقوانين المرعية والمعايير المهنية.
- وهناك عدد من هذه النقاط التي تحتاج إلى مزيد من التفصيل.

الموافقة المسبقة Informed Consent

تقتضي الممارسة الأخلاقية والمتطلبات القانونية أن يقوم المشاركون بإعطاء موافقتهم الرسمية المسبقة (مكتوبة عادةً) قبل مشاركتهم بالبحث. وعلى الباحث إعلام المشاركين بأية مخاطر أو مضايقات أو حدود للسرية. إضافةً إلى ذلك ، عليهم إخبار المشاركين بأية تعويضات مقابل مشاركتهم. وأثناء إجراء البحث ، على الباحث أن يضمن خصوصية المشارك وسلامته وحرية في الانسحاب. وما لم يكن المشاركون على علم بالهدف العام من البحث وماهية الإجراءات التي سيتم استخدامها ، فلا يمكن أن تكون حقوقهم موفاةً بشكل تام. ويبين لنا التوضيح 4-5 مثالاً لنموذج الموافقة الذي تم استخدامه في أحد مشاريع البحث التي قام بها المؤلف. وقد تختلف نماذج الموافقة للباحثين الآخرين أو المؤسسات الأخرى من حيث اللغة المستخدمة ، وربما من حيث النقاط التي يتم التركيز عليها. على أية حال ، يُفترض بمعظم نماذج الموافقة أن تحتوي على الخصائص الرئيسة الموضحة في هذا المثال.

السرية Confidentiality

ينبغي أن تُحاط البيانات الفردية للمشاركين واستجاباتهم بالحماية والسرية التامة. فبدلاً من استخدام الأسماء ، يتم استخدام الأرقام الرمزية عادةً للحفاظ على سرية الاسم. وعندما يتم نشر

نتائج البحث ، يتم عرضها بحيث لا يمكن لشخص ما أن يتعرف على بيانات مشارك بعينه. وأخيراً ، فإن على الأخصائيين الإكلينكيين حيازة الموافقة المسبقة قبل الإفصاح عن أية معلومات سرية أو شخصية في كتابات الأخصائي النفسي أو محاضراته أو عروضه عبر وسائل الإعلام المختلفة (مثل مقابلات التلفاز).

الخداع أو التضليل Deception

أحياناً يتم التستر على الهدف من البحث أو على معنى استجابات المشارك ولكن لا ينبغي استخدام مثل هذا الخداع أو التضليل إلا إذا كان البحث مهماً ولا توجد طرق بديلة له (كأن تؤدي المعلومات الحقيقية إلى تعديل بيانات المشارك بحيث تقترب من التوقعات أو تحققها). ولا ينبغي استخدام أسلوب الخداع هكذا بسهولة ، وعند استخدامه يجب الحرص على ألا يغادر المشاركون موقع البحث وهم يشعرون أنه تم خداعهم أو استغلالهم. بل من المهم تزويدهم بتلخيص حذر للمعلومات بحيث يتم تعريفهم بالسبب الذي استدعى الخداع ؛ فلا نريد أن تهتز مستويات الثقة المتبادلة بيننا وبينهم. وعليه ، فمن الواضح أن طريقة الحصول على الموافقة المسبقة تعد مهمة عندما يكون الخداع ضمن الدراسة.

وكمثال على الحاجة إلى استخدام الخداع ، نذكر دراسةً بمثابة تجربة في التنبؤ ، تبحث فيما إذا كان الاطلاع على المجالات المتخصصة بالأسلحة النارية (أو غيرها من الأدوات المرتبطة باحتمالات ظهور العنف) سيقود إلى زيادة الدرجات على استبانة لقياس العدوانية. وقد تم إخبار جميع المشاركين أن التجربة تركز على الذاكرة قصيرة الأمد ، وأنهم سيقومون بتنفيذ مهمة تذكيرية لمناسبتين تفصلهما فترة انتظار تستغرق 15 دقيقة ، يقومون أثناءها بقراءة مقالات من مجلة. وقد قام جميع المشاركين بالإجابة عن مقاييس تعد بمثابة خط قاعدي (تشمل استبانة العدوانية). وبعد ذلك ، قام المشاركون بإتمام مهمة تذكيرية محوسبة. وأثناء فترة الانتظار ، طُلب من المجموعة التجريبية قراءة مقالات مختارة من مجلة مختصة بالأسلحة النارية موجودة في المختبر ، أما المجموعة الضابطة فقد طُلب منها قراءة مختارات من مجلة عن الطبيعة (والتي تعد حيادية مقارنةً بالخيال العدواني). ثم قام جميع المشاركين بإكمال بطارية من مقاييس التقرير الذاتي للمرة الثانية.

في مثل هذا الموقف التجريبي ، فإننا لا نكون مهتمين بمدى صدق هذه الفرضية بقدر اهتمامنا بالحاجة إلى استخدام بعض الخداع في التجربة. وكما نرى ، فإن إطلاع المشاركين على الهدف الحقيقي للتجربة من المحتمل أن يؤثر على استجاباتهم على الاستبانات (خاصةً تلك التي تقيس العدوانية). وبالتالي قد يحتاج الباحث إلى تقديم التجربة على أنها تركز على الذاكرة قصيرة الأمد.

تطوير جوانب الشخصية

نموذج موافقة

الرقم

موافقة للمساهمة كمشارك في دراسة بحثية

أنا أوافق على المشاركة في دراسة "تطوير جوانب الشخصية" التي يريهاها قسم علم النفس في جامعة ميسوري ، والتي تُجرى تحت إشراف الأستاذ الدكتور تيموثي ج . ترول . ويهدف مشروع البحث هذا إلى تقييم كيفية تطوير جوانب الشخصية لدى البالغين اليافعين .

أنا أعني أن هذه الدراسة ستتضمن الإجراءات التالية : (1) في المرحلة الأولى (بداية الدراسة) سيتم طرح عدد من الأسئلة عليّ ، سيكون بعضها حساساً جداً أو مُثيراً للضيق ، ويتعلق بمشكلات شخصية مختلفة ربما أكون تعرضت لها ، إضافةً إلى مشكلات شخصية ربما يكون تعرض لها والدائي البيولوجيان (مثل الاكتئاب ، والشعور بالرغبة بالانتحار ، والإساءة في الطفولة) . وأعني أيضاً أنني سأتم مقابلةً محوسبة ، وسأخضع لمقابلتين استبيانيتين ستتبحان للباحث التوصل إلى صفحة نفسية . أنا أعني بأن هذه المقابلات ستُسجل صوتياً ، ولن يصل إلى هذه التسجيلات إلا فريق البحث ، وسيتم مسح هذه الأشرطة المسجلة في نهاية البحث . ولقاء مشاركتي في المرحلة الأولى ، والتي تستغرق حوالي 4 ساعات ، سيتم تعريضي بمبلغ 35 دولاراً أمريكياً مقابل وقتي وجهدي .

(2) في المرحلة الثانية (بعد عامين) ، سيتم طرح عدد من الأسئلة عليّ ، سيكون بعضها حساساً جداً أو مُثيراً للضيق ، تتعلق بمشكلات شخصية مختلفة ربما أكون تعرضت لها ، إضافةً إلى مشكلات شخصية ربما يكون تعرض لها والدائي البيولوجيان . وأعني أيضاً أنني سأتم مقابلةً محوسبة ، وسأخضع لمقابلتين استبيانيتين ستتبحان للباحث التوصل إلى صفحة نفسية . ولقاء مشاركتي في المرحلة الثانية ، والتي تستغرق حوالي 4 ساعات ، سيتم تعريضي بمبلغ 35 دولاراً أمريكياً مقابل وقتي وجهدي . وبالتالي ، إذا ما شاركت في جميع مراحل هذه الدراسة (أي المرحلتين الأولى والثانية) ، فسألتقى ما مجموعه 70 دولاراً أمريكياً . كما أنني أعني احتمال أن يتم الاتصال بي في بعض الأحيان مستقبلاً ، والطلب إليّ تقديم معلومات للمتابعة . وأعني أنني لست ملزماً بالمشاركة آنذاك ، ويمكنني الانسحاب في أي وقت ، وأن أطلب عدم الاتصال بي للمشاركة في المستقبل .

أنا أعطي المشرف على مشروع البحث إذناً بالوصول إلى المعلومات التالية من مكتب كولومبيا للقبول والتسجيل - جامعة ميسوري : معدل علامات الثانوية العامة وترتيبي فيها ، درجات امتحان ACT ، GPA في جامعة ميسوري ، الدرجات على الاختبار المقنن في جامعة ميسوري ، وغيرها من المعلومات المتعلقة بأدائي الأكاديمي .

ولأن للمشاركين حقهم في معرفة السبب الذي يدعو الباحثين لدراسة سلوكياتهم ، فإن كشف المعلومات لهم في نهاية البحث يعد إلزامياً. إذ يجب أن يتم شرح سبب إجراء البحث للمشاركين ، ومدى أهميته ، وماذا كانت النتائج. وفي بعض الحالات ، يكون شرح النتائج مستحيلاً ، لأن البحث ما يزال مستمراً. إلا أنه يمكن إخبار المفحوصين بنوعية النتائج المتوقعة ، وباحتمال عودتهم في يوم آخر لمعرفة سائر المعلومات إذا ما أرادوا ذلك.

البيانات المدلسة Fraudulent Data

لسنا بحاجة إلى التأكيد على وجوب تبني الباحثين لمعايير صدق شديدة الصرامة في توصيلهم للبيانات. ولا توجد أية ظروف تسمح لهم بتغيير البيانات التي توصلوا إليها بأية طريقة كانت. والقيام بذلك يمكن أن يؤدي إلى إقامة دعاوى قضائية تتعلق بالتدليس ، ومن شأنه خلق مشكلات قانونية ومهنية وأخلاقية هائلة للباحث. ومع أن تكرار التدليس في الأبحاث النفسية متدنٍ جداً حتى الآن ، إلا أنه يجب الاحتراس منه. فلا توجد طريقة تؤدي إلى فقدان ثقة الناس بصورة أكبر أو أسرع من الممارسات التدليسية.

ملخص الفصل Chapter Summary

يستخدم الأخصائيون الإكلينيكيون أنواعاً مختلفة من أساليب البحث لاختبار فرضياتهم النظرية حول السلوك الإنساني. وتؤدي نتائج البحث إلى تعديل هذه النظريات من خلال نُظْم من التغذية الراجعة. وتتراوح أساليب الملاحظة بين الملاحظة غير المنهجية والطبيعية - حيث يكون ضبط الباحث للأحداث قليلاً أو معدوماً - وبين أشكال أكثر ضبطاً يتحكم فيها الباحث بالموقف بدرجة ما بحيث يتم مراقبة السلوك المستهدف.

ثم هناك أسلوب دراسة الحالة ، وهو شكل من أشكال الملاحظة المضبوطة ، يشمل الدراسة والوصف المكثفين لشخص واحد قيد العلاج وفي هذا الأسلوب يتم توثيق الحالات أو الأحداث النادرة أو غير الاعتيادية ، وقد يساعد ذلك على نفي نظريات أو تفسيرات يُتَوَقَّع أن تنطبق على الجميع ، ويُعهد لبناء فرضيات جديدة. إلا أن أسلوب دراسة الحالة لا يؤدي إلى قوانين عامة أو مبادئ قابلة للتطبيق على الجميع ، كما أنه لا يمكنه أن يقود إلى علاقات سببية.

أنا أعني أنه سيتم اتخاذ جميع الخطوات الممكنة لضمان خصوصيتي . وأعني أن فريق البحث سيقوم بترميز نتائج هذا البحث بحيث لا يتم التعرف عن هويتي بالمعلومات التي قدمتها . كما سيتم حفظ المفتاح الذي يبين هويتي ورمز مشاركتي منفصلاً عن المعلومات في ملف مغلق لا يصل إليه أحدٌ عدا فريق البحث . وسيتم إتلاف هذا المفتاح في ختام مشروع البحث . وبالرغم من أن الباحثين لا يعلمون حالياً متى سيتم أخذ معلومات المتابعة ، فإن البحث سينتهي بعد 15 عاماً . كما أنني أعني أن معلومات التعرف هذه سيتم حفظها أثناء المشروع ما لم أطلب عدا ذلك . أنا أعني أنه يمكنني الاتصال بمشرف المشروع في أي وقت وأن أطلب منه إتلاف جميع المعلومات التي قد تربط بين هويتي وبين المعلومات التي أطلبت بها . وإذا ما طُلب ذلك ، فسيتم إتلاف جميع البيانات التي أطلبت بها وجميع معلوماتي التعريفية من قبل مشرف المشروع (أ. د. تروال) .

أنا أعني أن الهدف من هذا المشروع هو دراسة العلاقة ما بين متغيرات معينة لدى مجموعات من الأفراد ، وليس تقييم استجابات فرد معين . كما أعني أن الاستجابة لبعض الأسئلة المتعلقة بالمشكلات الشخصية ، والمشاعر ، والسلوكيات ، وكذلك المشكلات التي قد يكون تعرض لها والدادي البيولوجيان ؛ ربما تسبب لي ضيقاً بسبب طبيعتها الحساسة .

أنا أعني أنه في حالة وجد بأنني أميل للانتحار أو أنني أشكل تهديداً لشخص ما ، فسيتم الاتصال بالسلطات المعنية . وكذلك إذا ما بُحث بمعلومات تبين أنني مطلع على إساءة مستمرة محتملة لطفل ، أو معلومات تشير شكوكاً حول وجود إساءة لطفل ، فسيتم الاتصال بالسلطات المعنية . وأعني أنه من المحتمل أن تكون المعلومات التي أطلبت بها موضوعاً لادعاء في المحكمة ، رغم بُعد هذا الاحتمال .

أنا أعني أن المشاركة تطوعية ، ولا توجد أية عقوبة بشأن رفضي المشاركة ، وأنني حرٌ في سحب موافقتي والتوقف عن المشاركة قبل أن أتم الجلسة . كما أنني أعني أنه يمكنني أن أرفض الإجابة عن أية أسئلة فردية دون عقوبة . وفي حال اخترت التوقف عن المشاركة ، أعني أنني لن ألقى أي تعويض ، وأنه سيتم إتلاف المعلومات التي قدمتها في أي وقت في الدراسة ، والتي تربط بي شخصياً بأية طريقة . كما سيتم حذف اسمي أو غيره من المعلومات التعريفية من السجلات تماماً .

وإذا ما كان لدى سؤال في أي وقت حول إجراءات هذا المشروع ، فأنا أعني أنه يمكنني الاتصال بمشرف المشروع ، أ. د. تيموثي ج. تروال ، على الرقم 7890 - 456 - 123 . وللمزيد من المعلومات المتعلقة بمشاركة الأشخاص في الأبحاث ، يمكن الاتصال بجامعة ميسوري ، مكتب IRB على الرقم 098-7654 (123) .

الاسم (طباعة)

التوقيع

الرقم الجامعي

التاريخ

وتستخدم الأساليب الوبائية لتحديد مدى انتشار وحدوث اضطراب ما في المجتمع. وتساعدنا هذه الأساليب على التعرف على عوامل الخطورة ، أو المؤثرات التي يزيد وجودها من احتمالات الإصابة بالاضطراب.

أما الأساليب الارتباطية فتقيّم العلاقة ما بين المتغيرات وتحددها بصورة كمية ، الأمر الذي يمكن أن يثير لدى الباحث بعض الأفكار أو الفروض أو النظريات حول العلاقات السببية بين المتغيرات. على أية حال ، يُعد الارتباط مؤشراً ضرورياً للعلاقة السببية ، ولكنه ليس كافياً ؛ إذ لا يمكن القول بوجود مثل هذه العلاقة إلا من خلال الأساليب التجريبية.

بينما تتضمن التصاميم العرضية فحص عدد من المشاركين المختلفين في فترة زمنية معينة ، في حين تقيّم التصاميم الطولية المشاركين أنفسهم على مدى فترة زمنية معينة. كما تتيح الدراسات الطولية للباحثين تقييم العلاقات المنتظمة زمنياً بين العوامل التي تتباين معاً ، وتساعدنا على تناول تفسيرات تحتمل وجود متغير ثالث في العلاقات الملاحظة. ولسوء الحظ ، فإن الدراسات الطولية أكثر استنفاداً للوقت وأكثر كلفةً ، وبالتالي فهي أقل استعمالاً من الدراسات العرضية.

وتكمن قوة الأساليب التجريبية في أنها تتيح للعلماء تقييم العلاقات السببية ، والتحكم في عدد من العوامل المهمة التي يحتمل أن تؤثر على السلوك قيد الاهتمام. ويشير الصدق الداخلي إلى الدرجة التي يمكننا من خلالها التأكد من أن التحكم بالمتغير المستقل قد أثر على المتغير التابع ، وذلك بناءً على تصميم التجربة. أما الصدق الخارجي فيشير إلى المدى الذي يمكن به تعميم النتائج على الآخرين ، أو على ظروف "العالم الحقيقي". ففي بعض الأحيان ، ولأسباب عملية أو أخلاقية ، يكون من المستحيل إجراء التجارب على المشكلات الحياتية الحقيقية. وفي مثل هذه الحالات ، يتم استخدام الدراسات التناظرية.

وهناك صورة مختلفة لكل من الأساليب التجريبية ودراسة الحالة ، وهي تصاميم الحالة الفردية (مثل تصميم (ABAB) ، وتصميم الخطوط القاعدية المتعددة). وتجمع التصاميم المختلطة خصائص من كلا المناهج الارتباطية والتجريبية ، والتي تساعدنا على تقييم أيّ المعالجات تُعدّ الأفضل ولمن. وأخيراً ، هنالك عدد من الاعتبارات الأخلاقية التي تتعلق بإجراء الأبحاث ، والتي تشمل الحصول على الموافقة المسبقة ، وضمان السرية ، واستخدام الخداع بحرص وبصورة ملائمة ، والكشف عن المعلومات أو توضيحها ، والحماية من التدليس.

- تصميم أب أب (ABAB design) : تصميم لدراسة الحالة الفردية ، تتم فيه ملاحظة التغيرات المنهجية في سلوك المشارك ، وذلك بالتبادل ما بين وضعيتي تقديم المعالجة وعدم تقديم المعالجة. وفي هذا التصميم يتم إتباع فترة الخط لقاعدي الأولية بفترة من المعالجة ، ثم فترة من عكس المعالجة ، تليها فترة أخرى من المعالجة.
- الدراسة التناظرية (analog study) : دراسة يتم إجراؤها في المختبر تحت ظروف تعتبر مشابهة لواقع الحياة
- تصاميم بين المجموعات (between-group designs) : تصاميم تتلقى فيها مجموعتان منفصلتان أو أكثر أنواعاً مختلفة من المعالجات.
- أسلوب دراسة الحالة (case study method) : أسلوب من أساليب البحث ، يركز على الوصف المكثف أو الدراسة المتعمقة لشخص واحد (عادةً ما يكون عميلاً أو مريضاً قيد العلاج).
- السرية (confidentiality) : مبدأ من مبادئ البحث الذي يتم إجراؤه على الإنسان ، ويقضي بحماية البيانات المتعلقة بالمشاركين من اطلاع الآخرين أو فحصهم لها.
- الخلط (confound) : حالة لا يتم فيها التحكم بمتغيرات خارجية ما ، أو التحكم بتأثيرها على المجموعتين التجريبية والضابطة بشكل متساو. وفي هذه الحالة ، لا يمكن للمرء أن يعزو النتائج التي حدثت للمتغير التابع إلى التحكم بالمتغير المستقل.
- المجموعة الضابطة (control group) : مجموعة التصميم التجريبي التي لا تتلقى المعالجة الخاضعة للبحث. وفي التصميم التجريبي المثالي ، تكون المجموعتان التجريبية والضابطة متشابهتين في جميع المتغيرات ، عدا متغير المعالجة.
- الملاحظة المضبوطة (controlled observation) : أسلوب بحثي مشابه للملاحظة الطبيعية ، تتم فيه الملاحظة المخطط لها في مواقع الحياة الحقيقية ، إلا أن الباحث يمارس فيها شيئاً من الضبط على الأحداث التي يلاحظها.
- معامل الارتباط (correlation coefficient) : وسيلة إحصائية (يرمز لها عادةً بالرمز "r" أو "r") تصف العلاقة بين متغيرين. ويتراوح معامل الارتباط بين -1.00 و +1.00 ، حيث تشير الإشارة إلى اتجاه الارتباط ، بينما تبين القيمة المطلقة مدى قوته.
- مصفوفة الارتباط (matrix correlation) : مجموعة الارتباطات بين الأزواج الممكنة في تلك المتغيرات
- الأساليب الارتباطية (correlational methods) : أساليب إحصائية تتيح لنا تحديد ما إذا كان أحد المتغيرات مرتبطاً بآخر. وبشكل عام ، لا تتيح لنا الأساليب الارتباطية التوصل إلى استنتاج سببي.

- التصميم العَرَضِي (cross-sectional design) : تصميمٌ بحثي ، يقارن بين مجموعات مختلفة من الأفراد في فترة زمنية واحدة.
- الكشف (debriefing) : في الأبحاث التي تُجرى على الإنسان ، هو المتطلب القانوني الذي يقضي بشرح الباحث لهدف البحث وأهميته ونتائج للمفحوصين بعد مشاركتهم فيه.
- الخداع أو التضليل (deception) : يُستخدم الخداع أحياناً في الأبحاث عندما يكون من المحتمل أن تؤثر معرفة المفحوصين بالهدف الحقيقي من الدراسة على استجاباتهم ، أو أن تؤدي إلى نتائج غير حقيقية.
- المتغير التابع (dependant variable) : المتغير الذي يقوم الباحث بقياسه في التصميم التجريبية.
- إجراء التعمية المزدوجة (double-blind procedure) : إجراء يُستخدم للتحييل على آثار توقعات الباحث أو المشارك. وفي دراسات التعمية المزدوجة لا يعلم أي من المشارك أو الباحث ماهية المعالجة المقدمة للمشارك حتى نهاية الدراسة.
- الوبائية (epidemiology) : دراسة مدى حدوث مرض أو وباء وانتشاره وتوزيعه في مجموعة سكانية معينة.
- التوقعات (expectations) : ما يتوقعه الباحث أو المشارك من نتائج التجربة.
- المجموعة التجريبية (experimental group) : المجموعة التي تتلقى المعالجة قيد الاهتمام في الدراسات التجريبية.
- الفرضية التجريبية (experimental hypothesis) : المفهوم النظري أو الافتراض الذي بُنيت عليه الدراسة التجريبية. وعادةً ما تنبأ الفرضية بآثار المعالجة التي يتم تطبيقها.
- الأسلوب التجريبي (experimental method) : أسلوبٌ بحثي ، يتيح للباحث تحديد العلاقات السببية بين المتغيرات أو الأحداث.
- الصدق الخارجي (external validity) : تتمتع التجربة بالصدق الخارجي بمدى إمكانية تعميم نتائجها خارج الحدود الضيقة للدراسة.
- العامل (factor) : البعد الذي يُفترض أنه يكمن وراء مجموعة من المتغيرات المرتبطة فيما بينها.
- التحليل العاملي (factor analysis) : أسلوب إحصائي يختبر فيه الباحث العلاقات الداخلية بين عدد من المتغيرات في آنٍ واحد ويقوم هذا الأسلوب على استخدام عدد كبير من الارتباطات المنفصلة لتحديد أي المتغيرات تتغير معاً ، وبالتالي يمكن أن يكون بينها بعدد كامن مشترك.
- البيانات المدلّسة (fraudulent data) : البيانات المحبوكة ، أو الملفقة ، أو التي تم تغييبها أو تزيفها بطريقة أخرى من قبل الباحث.

■ حدوث المرض (incidence) : معدل الحالات الجديدة المصابة بمرض أو اضطراب ما ، والتي ظهرت في فترة زمنية معينة. وتتيح لنا الأرقام المتعلقة بحدوث المرض تحديد ما إذا كانت نسبة الحالات الجديدة مستقرة ، أم أنها متغيرة من فترة لأخرى.

■ المتغير المستقل (independent variable) : المتغير الذي يتم التحكم به من قبل الباحث في التصميم التجريبي.

■ الموافقة المسبقة (informed consent) : في الأبحاث التي تُجرى على الإنسان ، هو المتطلب القانوني الذي يتضمن قيام الباحثين بإعلام المشاركين المرشحين للدراسة بالهدف العام منها ، والإجراءات التي سيتم اتخاذها ، والمخاطر أو المضايقات المحتملة ، وأية قيود تتعلق بالسرية ، وأية تعويضات تقدم للمشاركين ، والمحافظة على حرمتهم في الانسحاب من الدراسة في أي وقت يشاؤون.

■ الصدق الداخلي (internally valid) : تتمتع التجربة بالصدق الداخلي بالمدى الذي يمكن فيه عزو التغيرات الطارئة على المتغير التابع إلى التحكم بالمتغير المستقل.

■ التصميم الطولي (longitudinal design) : تصميم بحثي ، يتم فيه مقارنة المجموعة نفسها من الأفراد ، على مدى فترتين أو أكثر من الزمن.

■ المطابقة (matching) : مصطلح يُستخدم عندما يكون مشاركو البحث في المجموعتين التجريبيّة والضابطة "متطابقين" أو متماثلين وفقاً لمتغيرات (مثل العمر والجنس) قد تؤثر على نتائج البحث.

■ التصميم المختلطة (mixed designs) : تصاميم البحث التي تجمع بين الأساليب التجريبية والارتباطية. وفي هذه التصاميم ، يتم اختيار عدد من المشاركين الذين يعانون أصلاً من الاضطرابات قيد الاهتمام (مثل أشخاص يعانون من اضطراب الهلع ، وآخرون يعانون من الرهاب الاجتماعي) لوضعهم في مجموعات لكل معالجة تجريبية ، مما يتيح للباحث تحديد ما إذا كانت فعالية المعالجة تختلف تبعاً لتصنيف المجموعات.

■ تصميم الخطوط القاعدية المتعددة (multiple baseline design) : تصميم بحثي ، يُستخدم عندما يكون من غير الممكن أو الأخلاقي استعمال فترة عكس للمعالجة ، حيث يتم تأسيس خطوط قاعدية لسلوكين (أو أكثر) ، وإدخال المعالجة على أحد السلوكين ، ومن ثم إدخال معالجة للسلوك الآخر أيضاً. ومن خلال ملاحظة التغيرات الحاصلة على كلا السلوكين من فترة لأخرى ، يمكن للمرء التوصل إلى استنتاجات حول فعالية تلك المعالجات.

■ الملاحظة الطبيعية (naturalistic observation) : أسلوب بحثي ، يتم فيه القيام بملاحظات مخطط لها بعناية في مواقع الحياة الفعلية.

- الأثر الإيهامي أو البلاسيبو (placebo effect) : الحالة التي تقوم فيها التوقعات بالتسبب بالنتائج ، عوضاً عن (أو إضافةً إلى) التحكم التجريبي نفسه.
- انتشار المرض (prevalence) : المعدل العام للحالات المصابة (القديمة أو الجديدة) في فترة زمنية معينة. وتتيح لنا معدلات انتشار المرض تقدير نسبة الأفراد المصابين بالمرض أو الاضطراب في مجموعة سكانية معينة.
- البيانات الاسترجاعية (retrospective data) : البيانات المبنية على تقارير الأشخاص حول الأحداث والخبرات الماضية.
- عامل الخطورة (factor risk) : متغير (مثل المتغيرات الديموغرافية أو البيئية) يزيد من احتمال إصابة الشخص بمرض أو اضطراب معين في حياته.
- الشكل الانتشاري (scatterplot) : تمثيل مرئي للعلاقة بين متغيرين. ويتكون الشكل الانتشاري من محور سيني (يُرقم بحيث يمثل أحد المتغيرين) ، وآخر صادي (يمثل المتغير الآخر) ، وعدد من نقاط البيانات التي تبين كل منها درجة أحد الأشخاص على كلا المتغيرين.
- تصاميم الحالة الفردية (single-case designs) : تصاميم تركز على استجابة مشارك واحد فقط. وعادةً ما يتم تقديم التدخل العلاجي بعد وضع خطأ قاعدي معتمد ، وتحديد آثار المتغيرات عن طريق المقارنة بين مستويات السلوك في الخط القاعدي وبعد تقديم التدخل العلاجي.
- الدلالة الإحصائية (statistical significance) : القيم الإحصائية التي لا يُتوقع أن تظهر بمجرد الصدفة. وتقليدياً ، تعد القيمة دالة إحصائياً إذا ما كان احتمال وجودها بمحض الصدفة أقل من 5 مرات من بين 100 مرة.
- مشكلة المتغير الثالث (third-variable problem) : احتمال أن يكون الارتباط بين المتغيرين أ وب نتيجة لتأثير متغير ثالث غير معروف بدلاً من العلاقة السببية بين المتغيرين.
- التصاميم ضمن الأفراد (within-group designs) : التصميم البحثي الذي يتم فيه مقارنة المجموعة نفسها من المشاركين على مدى فترات زمنية مختلفة (قبل تطبيق المعالجة ، وبعدها مثلاً).

5

الفصل الخامس

تشخيص المشكلات النفسية وتصنيفها

Diagnosis and Classification of Psychological Problems

- 1- ما هي إيجابيات التعريفات الرئيسية الثلاث للسلوك الشاذ ، وما هي سلبياتها؟
- 2- ما هو المرض أو الاضطراب النفسي؟ ولماذا يعد تشخيصه مهماً؟
- 3- كيف تطور الدليل التشخيصي الرابع (DSM-IV)؟ صف المحاور التشخيصية الخمسة للدليل التشخيصي الرابع .
- 4- كيف يتم تقييم أنظمة التصنيف التشخيصية؟
- 5- ما هو نموذج الاستعداد والضغط في تفسير الأمراض النفسية؟

محتويات الفصل:

- ما هو السلوك الشاذ أو غير السوي؟
- المرض النفسي .
- الدليل التشخيصي الرابع المعدل
- قضايا عامة في التصنيف .
- أسباب السلوك غير السوي والاضطراب النفسي .
- قيمة التصنيف .
- ملخص الفصل .

ينظر إلى علم النفس الإكلينيكي عادةً على أنه مجال تطبيقيّ، إذ يحاول الأخصائيون الإكلينيكيون تطبيق المبادئ النفسية المدعّمة تجريبياً على المشكلات التكيفية والسلوك الشاذ. وهذا يتضمّن عادةً إيجاد طرق ناجعة في تغيير سلوكيات العميل وأفكاره ومشاعره. وبهذه الطريقة يساهم الأخصائي الإكلينيكي في التخفيف من سوء تكيف العميل أو اضطرابه الوظيفي، أو زيادة مستويات تكيفه.

على أية حال، فقبل أن يقوم الإكلينيكيون بصياغة التدخلات العلاجية المناسبة وتطبيقها، ينبغي عليهم أولاً تقييم أعراض الاضطراب النفسي لدى العميل ومستويات سوء التكيف لديه. وما يشير الاهتمام ذلك الغموض وعدم الوضوح الذي يكتنف تعريفات مثل هذه الحالات وما يتصل بها، إضافةً إلى أن طريقة تطبيق هذه المصطلحات على العملاء لا تكون منهجية أحياناً.

لقد قُطِعَ علم النفس الإكلينيكي شوطاً طويلاً يتجاوز وجهات النظر البدائية التي تُعرّف الاضطراب النفسي على أنه استحواذٌ شياطيني أو روح شريرة، فلم يعد سوء التكيف يعتبر خطيئة من الخطايا كما كان الأمر عليه في السابق. كما شهدت الساحة في القرنين الثامن عشر والتاسع عشر بوادر أفكار جديدة، تقول إن "المجانين" أشخاصٌ مرضى، ويحتاجون إلى المعاملة الإنسانية. لكن حتى ذلك الحين، فإن أقل ما يُقال عن ممارسات الصحة النفسية هو أنها غريبة.

ومن الواضح أن وجهات النظر المعاصرة للأخصائيين الإكلينيكين أكثر تعقيداً من تلك التي حملها أسلافهم. ومع ذلك ما يزال هناك مَنْ ينظر إلى بعض المعالجات الراهنة - كالعلاج بالصدمات الكهربائية - بعين الشك والقلق. كما أن هناك مَنْ ينظر إلى رواج المعالجات التي تستخدم الأدوية النفسية (مثل مضادات الذهان، ومضادات الاكتئاب، ومضادات الهوس، ومضادات القلق) على أنها أقل من أن تُعتبر متوّرة. وفي النهاية، فهناك العديد من أشكال "المعالجات النفسية" (مثل العلاج بالصرخة الأولى، وعلاج الولادة الجديدة) التي تعدّ موضعاً للتساؤل في أفضل أحوالها. كما أن جميع هذه التوجهات، أو وجهات النظر العلاجية، تبقى مرتبطة بطريقة تقدير الأخصائيين الإكلينيكين لملاءمة أساليب التقييم أو المعالجة بناءً على احتياجات المرضى، إضافةً إلى مبررات تقديم هذه الخدمات. وتتأثر هذه الأحكام دون شك بالتشخيصات أو التسميات والألقاب التي كثيراً ما تُطلق على الأشخاص.

في هذا الفصل ، سنلقي نظرة فاحصة على بعض التعريفات والتصنيفات في علم النفس الإكلينيكي . وبهذه الطريقة ربما أمكننا توضيح بعض المسائل المتعلقة باستخداماتها .

ولإعطاء فكرة أفضل حول هذه الأنشطة التي يقوم بها الأخصائيون الإكلينيكيون المتخصصون في السلوك الشاذ أو الاضطرابات النفسية ، فقد قدمنا مثلاً في اللمحة الموجزة عن الدكتور كينيث ج . شير (1-5) ، والتي تصف عمل أخصائي الاضطرابات النفسية (psychopathologist) ؛ وهو العالم الذي يدرس أسباب الاضطرابات النفسية ، إضافة إلى العوامل التي تؤثر على تطورها .

ما هو السلوك الشاذ أو غير السوي؟

What Is Abnormal Behavior?

اطلب من 10 أشخاص إعطاءك تعريفاً للسلوك الشاذ ، وربما ستحصل على 10 إجابات مختلفة . ولعل من أسباب صعوبة تعريف السلوك غير السوي (أ) عدم وجود مظهر وصفي واحد مشترك بين جميع أشكال السلوك غير السوي ، وعدم وجود محك واحد كافٍ لـ "الشذوذ" ، و(ب) عدم وجود حد فاصل بين السلوك السوي والسلوك الشاذ . إذ بقيت العديد من الخرافات حول السلوك الشاذ ، وازدهرت حتى في عصرنا الراهن واسع الثقافة . فعلى سبيل المثال ، ما يزال العديد من الأشخاص يساوون بين السلوك الشاذ من جهة ، والسلوك الغريب ، أو السلوك الخطر ، أو السلوك الشائن من جهة أخرى .

وفي هذا الجزء ، سنقوم بفحص ثلاثة من التعريفات المقترحة لعلم نفس الشواذ بشيء من التفصيل ، وهي : (أ) الالتزام بالمعايير ، (ب) الضيق الشخصي ، و(ج) العجز أو الخلل الوظيفي . وسوف نناقش إيجابيات كل تعريف وسلبياته . وبالرغم من أن كلاً من هذه التعريفات الثلاث يوضح جزءاً مهماً من فهمنا للسلوك الشاذ ، إلا أن أيّاً منها لن يكون كافياً بمفرده .



د. كينيث ج. شير . Kenneth J. Sher, Ph.D.

(قسم علم النفس - جامعة مسوري في كولومبيا)

أخصائي الاضطرابات النفسية هو العالم الذي يدرس تطور الاضطرابات النفسية وأسباب هذه الاضطرابات (الاثولوجية). وهناك نسبة قليلة، لكنها نعاله، من الأخصائيين الإكلينيكين الذين يقومون بإجراء الأبحاث، ويُسَمُّون بأخصائيي الاضطرابات النفسية. كينيث ج. شير هو أحد أخصائيي الاضطرابات النفسية المرموقين، والذي تركز أبحاثه على أسباب الاضطرابات الناجمة عن تعاطي الكحول، وتطورها.

د. شير هو أستاذ في قسم العلوم النفسية في جامعة مسوري في كولومبيا، ومنشوراته التي تزيد عن المئة تتحدث عن قضايا تتعلق باضطرابات تعاطي الكحول، ومناهج البحث في الاضطرابات النفسية، وعلاقة الشخصية بالاضطرابات النفسية. وقد حصل د. شير على عدة منح فدرالية لدعم أبحاثه، كما تلقى عدة جوائز تقديراً لإسهاماته العلمية.

وقد قيمت أبحاث د. شير التجريبية عدداً من النظريات المتعلقة باستخدام الكحول (مثل تقليل التوتر، والوعي الذاتي)، إضافة إلى العوامل التي تؤثر في تطور اضطرابات تعاطي الكحول لدى الفئات المعرضة للإصابة (البناء البيولوجي) لأنباء مشخصين بالإدمان على الكحول). ويقوم د. شير حالياً بإجراء دراستين رائدتين أساسيتين. تقوم الدراسة الأولى بتقييم الأفراد المعرضين للإصابة على فترات منتظمة خلال السنوات الجامعية وبداية الرشد، حيث وجدت إحدى دراسات هذا المشروع لكبير مثلاً أن أبناء مدمني الكحول أقروا بعدد أكبر من المشكلات المتعلقة بالكحول والمخدرات، ويتوقعات كحولية أقوى، ويتبدأ أشد في التحكم بالسلوك، وإنجاز أكاديمي أقل مقارنة بالمفحوصين الذين لم يتضمن تاريخهم الأسري إدماناً على الكحول (Sher, Walitzer, Wood, & Brent, 1991). وقد تم استخدام البيانات التي تم جمعها من المرحلة التمهيدية للدكتور شير في تقييم مختلف النماذج النظرية حول كيفية تطور المشاكل المرتبطة بالكحول وغيرها من الاضطرابات النفسية لدى أبناء مدمني الكحول (Jackson & Sher, 2003, eg) وقد كانت الدراسة مؤثرة في فحص العلاقة ما بين تناول الكحول أثناء سنوات الدراسة الجامعية وتناوله لاحقاً في مرحلة الرشد (Bartholow, Sher, & Krull, 2003) وستتبعها دراسة مستقبلية رائدة تبحث في كيفية تفاعل متغيرات الفروق الفردية ذكاً/شخصية - مع عوامل بيئية لتحديد اتجاه تناول الكحول في الجامعة.

وقد أجاب د. شير عن عدد من الأسئلة التي طرحناها عليه، وللتعلقة بخلفيته واهتماماته، إضافة إلى توقعاته حول التوجهات المستقبلية لعلم النفس الإكلينيكي والبحث في الاضطرابات النفسية.

■ ما الذي أثار اهتمامك ابتداءً بميدان علم النفس الإكلينيكي؟

لست متأكدًا في الواقع. لقد كان علم النفس هو بؤرة تركيزي الرابعة والأخيرة في دراستي الجامعية. لقد التحقت بالجامعة راجياً بأن أصبح عالماً في البيولوجيا لبحرية. ولو كانت الجامعة تحتوي آنذاك على مساقات في

هذا المجال (والتي كانت في وسط أوهايو) لربما كنت اليوم عالماً في البيولوجيا البحرية . وبعد مرحلة قصيرة من التخصص في الاتصال (الذي تركز على الإعلام الإذاعي) تخصصت في علم النفس . وقد كنت مهتماً في البداية بأن أصبح عالماً في مجال علم النفس المعرفي ، إذ لا يبدو بأن هناك سؤالاً أساسياً أكثر من : "ما هو التفكير؟" و "كيف نفكر؟" على أية حال ، فقد وجدت علم النفس المعرفي آنذاك (في بداية السبعينيات) علماً سلوكياً إلى حد كبير ، وقاحلاً فلسفياً (وهو أمر بعيد جداً عن حال علم النفس المعرفي اليوم) .

وقد برز اهتمامي بعلم النفس الإكلينيكي أثناء عملي كمساعد بحث لدى ماردي هورويتز (Mardi Horowitz) ، الطبيب النفسي الأكاديمي في سان فرانسيسكو . وهنا ، اقتنعت بأنه من الممكن تعلم الكثير حول طبيعة البشر من خلال برامج البحث المشتركة التي تتضمن الدراسات الإكلينيكية (التي تساعد على اختبار فرضيات معينة حول الميكانيزمات الكامنة) . وقد أخبرني هورويتز أن الدخول في مجال علم النفس الإكلينيكي "سيكون أكبر غلطة في حياتي" ، وقد رأى أنه من الأفضل لي الالتحاق بكلية الطب ، وقد وافقته أمي بالطبع . إلا أنني لم أندم ولم مرة واحدة على اختياري ، بالرغم من أن الحصول على مختبر للأبحاث البحرية ربما كان ليصبح أمراً لطيفاً أيضاً!

■ صف لنا الأنشطة التي تقوم بها كأخصائي إكلينيكي ، إضافة إلى مجالات تخصصك الدقيق

إنني باحث بشكل أساسي ، وأقوم بإجراء الأبحاث التجريبية حول الفروق الفردية المتعلقة بآثار الكحول ، والدراسات الميدانية حول سبر اضطرابات تعاطي الكحول في المراحل الأولى من الرشد . وأنا مهتم بشكل خاص بالتفاعل بين الفرد والبيئة ، ومدى الخطورة والوقاية مما سينجم من نتائج سيئة ، ستؤثر مع الزمن في تطور الإنسان . إنني أقضي كثيراً من وقتي في الإشراف على أبحاث طلبة الدراسات العليا وتحليل البيانات ، وفي الكتابات والمراجعات مع الزملاء (مراجعة المقالات والمنح أيضاً) . كما أنني أقضي وقتاً لا بأس به في نشاطات إدارية في قسم علم النفس هنا . ويمكنني القول إن تخصصي الأساسي هو أساليب البحث الإكلينيكية ، الإدمان على الكحول ، القلق ، والبحث في العوامل المرتبطة بانتشار الأمراض .

■ ما هي التوجهات المستقبلية التي تتوقعها لعلم النفس الإكلينيكي؟

لطالما اعتقدت بأن التكهّنات بالمستقبل أمر محفوف بالمخاطر ، إلا أنه من الواضح بأن دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي كقائم على الرعاية الصحية بشكل مستقل ، أخذ بالتناقص ؛ وذلك نتيجة لتزايد أعداد الأخصائيين الإكلينيكيين ، والمنافسة من غيرهم من القائمين على تقديم الخدمات الصحية النفسية ، وظهور أنظمة الرعاية الصحية . على أية حال ، فمع التحديات تأتي الفرص أيضاً ، والتغير في المشهد العام للصحة النفسية قد يزود الأخصائيين النفسيين بفرص لابتكار صياغات علاجية جديدة ، والإشراف على طواقم العلاج ، وتطوير سياسات في الصحة السلوكية . أما من ناحية البحث ، فالأخصائيون الإكلينيكيون مدربون بشكل متميز للتجسير بين التخصصات القرعية المختلفة ، ويمكنهم العمل كفداة أو معاونين مهمين في مختلف المبادرات المتعلقة بالبحوث الأساسية في مجال الاضطرابات النفسية والصحة ، وفي تقييم نتائج المعالجات .

■ ما هي أكثر المجالات الواعدة في أبحاث الاضطرابات النفسية؟

لقد شهد علم الاضطرابات النفسية عدداً من الاكتشافات الجديدة المهمة نتيجة لإتجازات أساسية حققتها

مبادئ أخرى قريبة منه وحليقة له ، فعلى سبيل المثال ، هناك بعض التطورات الحديثة في مجال التصوير العصبي (neuro-imaging) مثل التصوير الطبقي القراغي البوزيتروني (PET) والتصوير الوظيفي بالرنين المغناطيسي (fMRI) التي تزودنا بأدوات تساعدنا على فهم آليات عمل الدماغ الكامنة وراء أشكال معينة من التفكير والسلوك غير السوي . كما أصبح لنا القدرة في دراسة الحركات الجينية اكتشاف تلك الجينات التي تساهم في الاضطرابات النفسية المختلفة . ومن خلال فهمنا لطريقة عملها في إطار البيئة ، يمكننا لهذه الجينات أن نخبرنا الكثير حول الأساس البيولوجي للكامن وراءها ، بالإضافة إلى العمليات البيئية المحورية أيضاً . في الوقت الحاضر ، هناك العديد من الأخصائيين النفسيين الدفاعيين إزاء الأبحاث الجينية ، خوفاً من الاستهانة بالأبحاث الأساسية المتعلقة بالسلوك أو من تهمة أنها . أما أنا فأحمل رأياً معاكساً : فتطورات علم الوراثة الجينية ستتيح لنا تنقيح أفكارنا حول دور المؤثرات غير الجينية على السلوك . إضافة إلى أن تطورات الأساليب الإحصائية ، وتزايد التركيز على أهمية البيانات الاستطلاعية ، سيساعدنا على وصف الاضطرابات النفسية مدى الحياة بشكل أفضل . ومن المحتمل أن يتغير نظامنا التشخيصي إلى نظام ينظر إلى الاضطرابات النفسية في إطار النمو بشكل أكبر .

الالتزام بالمعايير: الندرة الإحصائية أو انتهاك المعايير الاجتماعية

Conformity to Norms: Statistical Infrequency or Violation of Social Norms

عندما يميل سلوك الأفراد إلى الامتثال بالمعايير الاجتماعية السائدة ، أو عندما تلاحظ سلوكيات معينة لديهم بصورة متكررة ، فإنه من المرجح ألا يقع هؤلاء ضمن اهتمام أخصائيي الصحة النفسية . لكن حين يصبح سلوك الشخص منحرفاً بشكل واضح ، أو فاضحاً ومتجاوزاً للحدود ، أو غير ممثل بطريقة أو بأخرى ، عندها فمن الأرجح أن يتم تصنيف ذلك الشخص على أنه "شاذ" أو "غير سوي" . لنأخذ بعض الأمثلة .

حالة ديميتري أ .

ديميتري الآن طالب في الصف الثاني ، طوله ووزنه ضمن المدى الطبيعي ، ولم يكن يعاني من أية مشكلات جسدية . إلا أنه عدواني إلى حد ما ، ويميل إلى الاستئساد على الأطفال الأصغر منه حجماً . كانت ولادته طبيعية ، وبالرغم من أنه كان بطيئاً في تعلم المشي والكلام ، إلا أن هذه الصعوبة لم تكن لافتة للانتباه . كان الصف الأول صعباً بالنسبة لديميتري ، وتقدمه فيه كان بطيئاً . ومع بداية السنة الدراسية الجديدة ، فقد تأخر عن بقية التلامذة في الفصل بشكل ملحوظ . على أية حال ، فقد قررت إدارة المدرسة ترفيعه . وقد استنتجت أنه كان بطيء التصريح فحسب ، وسوف يتحسن بسرعة . وقد لاحظت المدرسة بأن وضعه كطفل وحيد ، لوالدين شغوفين ، وقصر فترة التركيز لديه ، وعدوانيته ، كلها عوامل أدت مجتمعة إلى ضعف تحصيله المدرسي .

وفي بداية لصف الثاني ، طُبق اختبار روتيني للتحصيل على ديميتري ، فوجد أداءه ضعيفاً جداً . وكجزء من سياسة المدرسة ، تمت إحالته إلى الأخصائي النفسي المدرسي للتقييم الفردي . وبناءً على

نتائج اختبار للذكاء ، واختبار رسم الشخص ، وسجلاته المدرسية ، ولتاريخ الاجتماعي الذي تم الحصول عليه من الوالدين ؛ فقد استنتج الأخصائي النفسي بأن ديميتري يعاني من الإعاقة العقلية . لقد كانت درجة ذكائه 61 على اختبار ستانفورد-بينيه ، وقدرت درجته على اختبار رسم الشخص بـ 61 . إضافة إلى أن قائمة النضج الاجتماعي المستمدة من تقارير الوالدين تبين أن سلوكه الاجتماعي كان متدنياً بالفعل .

حالة مارتال .

تبدو طفولة مارتال طفولة عادية ؛ إذ كان تقدمها الدراسي جيداً ، ولم تسبب أية مشكلات تذكر لدرسيها أو والديها . وبالرغم من أنها لم تكن تبني صداقات بسهولة ، إلا أنه لم يكن هناك ما يبرر وصفها بالانطوائية . كما أن تاريخها الطبي لم يكن بالأمر غير العادي . ومع التحاق مارتال بالمدرسة الثانوية ، بدأت التغيرات تظهر عليها ؛ فقد أصبحت تمشط شعرها بطريقة بسيطة دون زينة ، وتختار لنفسها ملابس غير ملائمة تبدو وكأنها تعود إلى 50 عاماً مضت ، ولم تكن تضع المكياج أو ترتدي أي نوع من الحلي . وبعد أن كانت مارتال لا تختلف عن غيرها من الطالبات في السابق ، أصبحت الآن تلاحظ بسهولة بينهن ، بل وتلفت الانتباه أيضاً .

ثم بدأ تحصيلها الدراسي بالانخفاض ، وأصبحت تقضي ساعات طويلة في قراءة الإنجيل وحيدة في غرفتها ، كما بدأت تمرر قصاصات ورقية للفتيات الأخريات ، تعلق فيها على تصرفاتهن اللاأخلاقية عندما تراهن بمسكن بأيدي الشباب أو يقهقهن أو يرقصن ، وهكذا . ثم بدأت مارتال بممارسة أعمالاً تطوعية دينية بشكل منتظم ، حتى أيام الاحاد كانت تنتقل فيها بين 6 أو 7 كنائس مختلفة ، وبدأت تصوم كثيراً ، وتغطي جدران غرفتها بصور المسيح والافتباسات الدينية المسيحية والصلبان .

وعندما أخبرت مارتال والديها أخيراً أنها تريد اعتناق أحد المذاهب الدينية والترحال عبر الولاية (في حالة من العوز والفقر) لحمل رسالة المسيح إلى الناس ، شعر والداها بالقلق وأخذها إلى طبيب نفسي . وبعد ذلك بفترة تم وضعها في المستشفى . وقد تبين تشخيصها الذي تضمن مصطلحات مثل : الفصام - جنون العظمة ؛ الشخصية الفصامية ؛ والفصام المختلط .

كلتا الحالتين مثال على أشخاص يقابلهم الأخصائيون الإكلينيكيون عادةً لأغراض التقييم أو العلاج . والوصف الذي يحدد حالتي ديميتري ومارتا بصورة مباشرة هو الخروج عن المعايير . فربما يعد ديميتري شاذاً لأن درجة ذكائه وأدائه المدرسي تختلف بشكل ملحوظ عن المعدل . وهذا الوجه من الخروج عن المعايير واضح جداً في حالة ديميتري ، لأن هنالك إمكانية لوصفه إحصائياً وبالأرقام . ومتى تم إنجاز هذا التصنيف الرقمي ، يصبح وضع ديميتري ضمن تصنيف شاذ أمراً مؤكداً . كما أن مارتال أيضاً تصبح موضع اهتمام الناس لأنها مختلفة ؛ فثيابها ومظهرها واهتماماتها لا تتماشى مع المعايير النمطية المعتادة للإناث في ثقافتها .

إن تعريف الشذوذ أو اللاسواء وفقاً للندرة الإحصائية أو انتهاك المعايير الاجتماعية يعد جذاباً لسببين على الأقل ، هما :

1 . نقاط القطع (cutoff points): يعد نموذج الندرة الإحصائية قابلاً للتطبيق ، لأنه يحدد نقاط قطع كمية من حيث طبيعتها . فإذا كانت نقطة القطع على أحد المقاييس 80 درجة ، وحاز فرد ما على الدرجة 75 ، فإن اتخاذ قرار باعتبار سلوك هذا الفرد غير سوي هو قرار صحيح نسبياً . ومبدأ الانحراف الإحصائي هذا يستخدم باستمرار في تفسير الدرجات على الاختبارات النفسية . إذ يقوم واضعو الاختبار بتحديد نقطة القطع في دليل الاختبار ، وعادةً ما يتم ذلك وفقاً للانحراف الإحصائي عن الوسط الحسابي الذي تم تحصيله من عينة التقنين "السوية" التي تم تطبيق الاختبار عليها ، فتصبح الدرجات المطابقة أو البعيدة عن نقاط القطع ذات "دلالة إكلينيكية" (أي أنها تشير إلى الشذوذ أو الانحراف) .

2 . المعرفة الحدسية (intuitive appeal) قد يبدو واضحاً أن تلك السلوكات التي نعتبرها نحن غير سوية ستُقيم بأنها كذلك من قبل الآخرين . والسعي المتواصل لتعريف ماهية السلوك غير السوي تعريفاً محدداً ، لا يبدو بأنه يُزعجنا ؛ لأننا - كما قال مرةً أحد قضاة المحكمة العليا في الولايات المتحدة حول الإباحية - : نعرفها عندما نراها .

مشكلات هذا التعريف Problems with This Definition

يلعب محك المطابقة أو الامتثال للمعايير على ما يبدو دوراً بسيطاً ، لكنه دور مهم في حكمنا على الآخرين ، على أية حال ، بالرغم من أنه يجب علينا البحث دائماً وبشكل منظم عن محددات عدم امتثال الفرد للمعايير أو انحرافه عنها ، إلا أن علينا مقاومة تلك النزعة التلقائية لتصنيف كل سلوك لا يلتزم بالمعايير على أنه دليل على وجود مشكلة في الصحة النفسية . وفي الواقع ، يواجه محك الالتزام بالمعايير عدداً من المشكلات :

1 . اختيار نقاط القطع : تواجه التعريفات المتعلقة بالالتزام بالمعايير صعوبة في وضع حدود قاطعة متفق عليها بين الصحة والمرض . فكما رأينا سابقاً ، من السهل استخدام نقاط القطع متى تم تحديدها . إلا أن هنالك القليل من الإرشادات المتاحة لمساعدتنا في اختيار نقاط القطع . ففي حالة ديميتري مثلاً ، هل من أعجوبة أو سحر في درجة الذكاء 64؟ إن الممارسة التقليدية في قياس الذكاء تضع نقطة القطع على أنها 70 . فحصلك على درجة أقل من 70 ، يعني إمكانية تشخيصك بالتخلف العقلي . ولكن ، هل تختلف الدرجة 69

كثيراً عن 72؟ إن التبرير المنطقي لنقاط قطع اعتبارية كهذه على مقياس الذكاء لأمر صعب حقاً . وهذه المشكلة تنطبق على حالة مارثا ؛ فهل 5 صلبان على الحائط تُعتبر كثيرة؟ وهل المقبول هو الخدمة في 3 كنائس يومياً فقط؟

2 . عدد الانحرافات : من الصعوبات الأخرى التي يواجهها مبدأ عدم الإذعان للمعايير ، تلك الصعوبات المتعلقة بعدد السلوكيات التي على المرء القيام بها حتى يستحق لقب "الانحراف" . ففي حالة مارثا ، هل كانت الصلبان هي المشكلة فقط؟ أم جميع تصرفاتها بشكل عام : الصلبان ، الملابس ، عدم الاهتمام بالمكياج أو المجوهرات ، الانسحاب ، الصيام ، وهكذا؟ فلو أظهرت مارثا 3 مظاهر فقط من السلوك غير المعتاد ، هل كنا لنصنفها على أنها منحرفة؟

3 . النسبية الثقافية : توضح حالة مارثا بالتحديد نقطة إضافية . فسلوكها لم يكن منحرفاً بالمعنى المطلق . فإذا ما كانت فرداً من أسرة على درجة عالية من التدين ، وتتبع معتقدات وممارسات دينية متطرفة ، لما كانت صنفت على أنها سيئة التكيف قط . وباختصار ، فإن ما يُعد انحرافاً لدى مجموعة ما قد لا يكون كذلك بالنسبة لمجموعة أخرى . بالتالي فإن فكرة النسبية الثقافية هامة بالفعل . كما أن الأحكام قد تختلف باختلاف وضعها ، سواء كانوا الأهل أو المدرسة أو السلطات أو الأنداد . وقد يؤدي هذا التباين إلى عدم الثبات في التشخيص ؛ لأن أحكام الإكلينيكين أيضاً قد تكون نسبية ، وفقاً للجماعات التي ينتمون إليها .

وهناك نقطتان تجدر الإشارة إليهما أيضاً حول موضوع النسبية الثقافية . أولاً ، إن التطرف في تبني فكرة النسبية الثقافية قد يضع كل جماعة مرجعية تقريباً فوق كل العيوب والمثالب . فقد تُختزل الثقافات إلى ثقافات فرعية ، والثقافات الفرعية إلى ثقافات أصغر . وإذا لم نكن حذرين ، فإن عملية الاختزال هذه قد ينجم عنها الحكم بأن كل سلوك يعد سويًا وصحياً . ثانياً ، إن هيمنة مبدأ الامتثال للمعايير فيه شيء من الخطورة . حيث يجب التذكير بأن ما يسمى بعدم الإذعان كان سبباً في إسهامات اجتماعية عظيمة . وفي ظل هيمنة كهذه ، قد يصبح من السهل عزل وإبعاد أولئك الذين يختلفون عنا ، أو الذين تؤدي سلوكياتهم غير الاعتيادية إلى التسبب في انزعاج المجتمع . فمنذ سنوات مثلاً ، كان المنشقون السياسيون في روسيا كثيراً ما يودعون في المستشفيات العقلية . ويحدث أحياناً في بلدان - كأميركا مثلاً - أن تقوم العائلة بوضع كبيرها في المستشفى ، بقصد الحصول على توكيل عام يعطيهم الحق بالتصرف نيابة عنه ، لا لسبب سوى أنه أسرف في إنفاق أموال يمكن أن ترثها الأسرة في النهاية إن لم يتم إنفاقها . وأخيراً ، إن لم تكن كل هذه النقاط كافية ، فقد يكون الإذعان المفرط بحد ذاته أساساً للحكم على الشخص بالشذوذ أو اللاسواء .

الثقافة والاضطرابات النفسية

قد تُؤثر الثقافة على مظهر الاضطرابات النفسية وسيرها ومعالجتها بعدة طرق (Basic Behavioral Science Task Force of the National Advisory Mental Health Council, 1996) ، فمثلاً :

- بالرغم من وجود أوجه شبه بين الثقافات في إظهار المشاعر والانفعالات من خلال تعبيرات الوجه ، إلا أن الإحساس بالتغيرات الجسدية وتفسيرها تتباين عبر الثقافات .
- تستمر الجذور العرقية في كونها عامل خطورة في الإصابة بالمرض النفسي وفي الخلل الوظيفي .
- يمكن للتمييز العرقي أن يشكل ضغطاً نفسية مزمنة ، لها آثارها على الصحة النفسية .
- هناك علاقة أساسية بين الوضع الاجتماعي-الاقتصادي والاضطرابات النفسية ، إذ أن عدّيته يلعب دوراً سلبياً في نشوء بعض الاضطرابات النفسية واستمرارها .
- في الولايات المتحدة ، قد يكون للزيادة في مشاركة النساء ضمن القوى العاملة آثارها المهمة على العلاقات الزوجية والممارسات الوالدية ، وعلى تكيف الأبناء .
- بالتالي ، يجب على الأخصائيين الإكلينكيين أن يأخذوا العوامل الثقافية بالاعتبار عند تقييمهم للسلوك غير السوي أو الاضطراب النفسي لدى العميل أو المريض . وكذكير للإكلينكيين ، فإن دليل التشخيص الرابع المعدل (DSM-IV-TR) - الدليل الرسمي في تشخيص الاضطرابات النفسية ، والذي سناقشه لاحقاً في هذا الفصل - يزودنا بثلاثة أنواع من المعلومات المتصلة بالاعتبارات الثقافية ، حيث :
- تمت مناقشة اعتبارات الثقافة في الصُّور الإكلينيكية تختلف الاضطرابات النفسية الواردة في الكتاب .
- تم وصف المتلازمات المرتبطة بالثقافة (مثل الكورو في دول شرق آسيا) .
- تم عرض خطوط عريضة للصبغة الثقافية ؛ والتي تتضمن مراجعة منظمة لهوية الفرد الثقافية ، التفسيرات الثقافية للمشكلات أو الشكاوى ، العوامل الثقافية المرتبطة بالبيئة النفسية-الاجتماعية ، والتأثيرات الثقافية الممكنة على العلاقة ما بين الفرد والأخصائي الإكلينيكي .

الضيق الشخصي Subjective Distress

سنتحول باهتمامنا الآن من تصورات الملاحظ إلى تصورات الشخص المصاب . والبيانات الأساسية هنا لا تتعلق بالانحرافات الملاحظة على السلوك ، وإنما بالشعور الذاتي للشخص وإحساسه بالصحة . فالعامل الحاسم هنا هو شعور الشخص بالسعادة أو الحزن ، بالسكينة أو الاضطراب ، بالرضا أو الحرمان . فالشخص المثقل بالقلق هو شخص غير متكيف ، بغض النظر عما إذا كان هذا القلق يؤدي إلى سلوكات ظاهرة منحرفة بشكل أو بآخر .

سينثيا امرأة متزوجة منذ 23 عاماً من مهندس مدني ناجح جداً ، لديها ابنان : أحدهما في الثانوية والآخر في الجامعة . ولا يوجد في تاريخ سينثيا ما يشير إلى وجود مشكلات نفسية . فمعدل ذكائها أعلى من المتوسط ، وقد أتمت عامين من الدراسة في إحدى الكليات قبل زواجها . وكل أصدقائها يصفونها بأنها تركز نفسها من أجل أسرتها . ومن بين خصائصها ، بدا أن المميزات التي تصفها بأفضل صورة ممكنة هي إحساسها القوي بالمسؤولية وقدرتها على إتمام واجباتها ، ولطالما كانت "مديرة" وقادرة على المواجهة ، ويمكنها المشاورة على العمل بغض النظر عن ضيقها الشخصي . إنها إنسانة دافئة ، ومع ذلك فهي ليست من النوع الذي يعبر عن مشاعره ومشكلاته بسهولة .

التحقت سينثيا مؤخراً بمساق مسائي في كلية مجتمع محلية . وفي ذلك المساق ، طلب من الطلبة كتابة تقرير "وجودي" عن ذواتهم الأعمق . وقد تفاجأ الأخصائي النفسي الذي كان يدرس المساق حين وجد المقتطفات التالية في تقرير سينثيا :

"غالباً ما أشعر في الصباح أنني لن أستطيع تحمل ذلك اليوم . أشعر دوماً بالصداع والمرض ، وأخاف بشكل فظيع حين يكون عليّ مقابلة أشخاص جدد أو استضافة حفلة ما . أحياناً أشعر بحزن كبير جداً ، ربما بسبب افتقاري إلى هويتي الشخصية ، لا أدري" .

وما أثار دهشة المدرس أن أياً من هذه المشاعر التي تم التعبير عنها لم يكن بادياً على السلوك الظاهر لسينثيا . فقد بدت واثقة من نفسها ، وعلى درجة معقولة من توكيد الذات والكفاءة والنشاط والحيوية ، وكانت ذات روح مرحة وإيجابية .

أثناء إعداد تقرير روتيني لأغراض الترقية ، فقد قام محلل شؤون الموظفين في شركة المحاسبة بمقابلة روبرت . وتم سؤال عدد من زملائه عنه . وأثناء هذه المقابلات ، تهلوت عدة نقاط في ذهن المحلل .

لقد كان روبرت شديد الثقة بالنفس ، وبدأ أنه واثق جداً من أهدافه وما عليه فعله لتحقيقها . وبالرغم أنه بالكاد يعتبر شخصاً سعيداً ومحظوظاً ، إلا أنه بالتأكيد راض عن تقدمه حتى الآن . ولم يشعر روبرت قط بالقلق وعدم الثقة التي وجدت عند العديد من رفاقه ، فلم يكن هنالك ما يشير إلى أي ضيق داخلي لديه . وحتى أعداؤه أقرروا بأن روبرت كان متماسكاً بالفعل .

وما لبث أن بدأ "الأعداء" يظهرون أثناء سير عملية التقييم ، فلم يكن الكثير من الموظفين يحبون روبرت . إذ كان يميل إلى استغلال الناس ، ولم يكن منزهاً عن أن يدوس عليهم ليبقي على تقدمه الوظيفي . كما لم يكن حساساً مع من هم أدنى منه بشكل خاص ؛ كان يحب التكات العنصرية ، ويجد متعة في تعصبه ضد جماعات الأقلية ، وضد النساء اللاتي "دخلن عالم الرجال" . حتى في المنزل ، يمكن لزوجته وابنه الإقرار بما يسببه من اضطراب مستمر لهما نتيجة لما يتطلبه روبرت دوماً من اهتمام وخدمات لا يُراعى فيها مشاعر الآخرين .

من الواضح أن سينثيا وروبرت شخصان مختلفان تماماً . فالمنطق يقول أن سلوك سينثيا يبدو جميلاً ، وقدرتها على التدبر محط إعجاب الكثيرين . إلا أنها غير سعيدة ، وتشعر بكثير من الصراع والقلق . وقد لا يُفاجأ الأخصائي الإكلينيكي إذا ما ظهرت يوماً في غرفة الإرشاد . أما بالنسبة لأصدقائها ، فإن مثل هذا الأمر قد يشكل صدمة بالنسبة لهم .

وعلى العكس من ذلك ، سيشعر العديد من أصدقاء روبرت وزملائه وأفراد أسرته بالامتنان إذا ما سعى طلباً للمساعدة ؛ ذلك أن العديد منهم سبق وأن نعتوه بالمرض من حين إلى آخر . إذ لم يكن روبرت على نقيض مع ذاته ، ولم يكن يرأي خطأ في نفسه ، ولربما يأتي رد فعله سلبياً إذا ما اقترح عليه السعي للعلاج . إضافة إلى ذلك ، فإن نقص دافعيته للعلاج قد يجعل من العلاج مغامرة غير مجدية .

إيجابيات هذا التعريف Advantages of This Definition

إن تعريف السلوك غير السوي أو الشاذ وفق معيار الضيق الشخصي قابل للتطبيق إلى حد ما . إذ يبدو من المنطقي أن تتوقع من الفرد أن يكون قادراً على تقييم شعوره بالمشكلات الانفعالية أو السلوكية ، ومشاطرة هذه المعلومات إذا ما طُلب منه ذلك . وبالفعل ، فالعديد من أساليب التقييم الإكلينيكي (مثل قوائم التقرير الذاتي والمقابلات الإكلينيكية) تفترض أن المستجيب يعي حالته الداخلية ، وأنه سيستجيب بصدق لأية تحريات تتعلق بضيقه الشخصي ، بما يحزر الأخصائي الإكلينيكي بشكل أو بآخر من عبء إصدار حكم مطلق حول درجة سوء تكيف ذلك العميل .

مشكلات هذا التعريف Problems with This Definition

إن السؤال هنا يتعلق فيما إذا كانت سينثيا أو روبرت ، أو كلاهما ، سيئي التكيف . وسيعتمد الحكم في مثل هذا الموقف على محكّات الشخص أو قيمه . وبالاتناد التّام إلى التقارير الذاتية الخالصة ، يمكن أن ينسحب هذا الحكم على سينثيا ، ولكن ليس على روبرت . فهذا المثال يبين أن إطلاق صفة "عدم التكيف" على الشخص لا يكون ذا معنى إلا إذا كانت أسس الحكم محددة ، ومظاهر السلوك مبيّنة .

ليس الجميع ممن نعتبرهم "مضطربين" يقرون بالضيق الشخصي . فقد يصادف الإكلينيكيون أحياناً أفراداً على صلة بسيطة بالواقع ، لكنهم يشعرون بالهدوء الداخلي والاستقرار . ومع ذلك نراهم يودعون في المستشفيات . مثل هذه الأمثلة تذكّرنا بحقيقة أن التقارير الذاتية يجب إخضاعها أحياناً لمحكّ أو معيار آخر . وهنا ، تبرز مشكلة أخرى تتعلق بحجم الشعور بالضيق الشخصي ومداه اللازم

كي يُعتبر الشخص غير سوي . جميعنا ندرك إحساسنا بالقلق من حين لآخر . إذن ، فالغياب المطلق لمثل هذه المشاعر لا يمكن أن يكون المعيار الوحيد للتكيف . فما هو مقدار القلق المسموح به ، وما المدة التي ينبغي أن يستغرقها قبل أن نحصل على لقب أو تشخيص ما؟ قد يؤكد العديد منا على أن مجرد وجودنا في بيئة غير مرضية لنا ، سيثير مشاعر القلق لدينا دون شك . وبالتالي ، وكما في المحكّات الأخرى ، فإن استخدام التقارير الظواهرية عرضة لبعض العيوب والمآخذ . نعم ، تجذبنا الفكرة القائلة إننا إذا أردنا معرفة ما إذا كان شخص ما غير متكيف ، فما علينا سوى أن نسأله . إلا أن في ذلك مخاطر واضحة .

العجز أو الاختلال الوظيفي Disability or Dysfunction

هنالك تعريف ثالث للسلوك الشاذ أو غير السوي ، يتضمن مفهوم العجز أو الاختلال الوظيفي . ولكي يُعد سلوك ما شاذاً ، يجب أن يسبب شيئاً من المشكلات الاجتماعية (البين-شخصية) أو المهنية للفرد . فالاختلال الوظيفي في هذين المجالين عادةً ما يكون واضحاً للفرد والأخصائي الإكلينيكي معاً . فعلى سبيل المثال ، يعدّ نقص الصداقات أو العلاقات نتيجةً لتدنّي التواصل الشخصي مؤشراً على الاختلال الوظيفي من الناحية الاجتماعية ، أما فقدان الفرد لعمله نتيجةً لمشكلات انفعالية (كالاكتئاب) ، فيشير إلى الاختلال الوظيفي من الناحية المهنية .

حالة ريتشارد ز .

قامت زوجة ريتشارد بإقناعه باستشارة أخصائي نفسي إكلينيكي . إذ أدى الاتصال مع طبيب نفسي في إحدى المرات إلى تشخيصه بـ "عصاب توهم المرض" ، (مسرة أخرى تم تشخيصه بـ "الشخصية العدوانية السلبية" . ولم يمارس ريتشارد أي عمل منذ عدة سنوات ، بالرغم من أنه حاصل على درجة البكالوريوس في علم المكتبات ، ويدعي بأنه غير قادر على تحصيل أية وظيفة بسبب صحته . وقد ذكر عدداً من الأعراض الجسدية ، بما فيها الدوخة وصعوبة التنفس والضعف ، وإحساسات غريبة في منطقة البطن . وقد أدى به الانتقال من طبيب إلى آخر إلى مراكمة مخزون هائل من الأدوية التي يتناولها باستمرار . إلا أن أيّاً من الأطباء لم يكن قادراً على إيجاد علة جسدية لديه .

عندما كان ريتشارد طفلاً ، كان "بؤبؤ" عين أمه . فقد شغفت به وكانت تُطري عليه دائماً ، وتعزز لديه فكرة أنه شخصٌ مميز بشكل عام . لقد اختفى والد ريتشارد بعد 18 شهراً من ولادته ، وتوفيت والدته منذ ست سنوات ، وتزوج بعد ذلك بفترة قصيرة . ومنذ ذلك الحين ، كانت زوجته تعيل كليهما ، وبالتالي أُناحت له إنهاء دراسته الجامعية . ومنذ فترة وجيزة فقط ، بدأت تتقبل حقيقة احتمال وجود خللٍ ما لدى ريتشارد .

فيليس طالبة جامعية في السنة السادسة من دراستها الجامعية الأولى ، إلا أنها لم تحصل على درجة علمية بعد . لقد غيرت تخصصها 4 مرات على الأقل ، وانسحبت من الجامعة في 4 مناسبات . لقد ارتبط انسحابها من الجامعة بإذعانها على المخدرات . وقام أهلها بإدخالها إلى مستشفى للأمراض النفسية مرتين ؛ كما دخلت السجن في مناسبتين أخريين ، إثر إيدانها بالسرقة من المحلات . وكانت تنخرط من حين لآخر في الدعارة لتمويل حصولها على المخدرات . إذ كانت فيليس تؤمن المال عادة من والديها ، اللذين كان ثقيلهما غريباً لتبريراتها غير المعقولة . وقد تم تشخيصها بـ "اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع" وبـ "الاعتماد على المخدرات (الكوكايين)" .

وفقاً لتعريف العجز/الاختلال الوظيفي ، فإن كلا من الحالتين تدل على وجود السلوك الشاذ أو غير السوي . إن اعتماد ريتشارد على زوجته بصورة كلية (اختلال وظيفي اجتماعي) ، إضافة إلى سلسلة شكاويه الجسدية ، وعدم قدرته على تدبير الضغوط النفسية ، عوامل أدت إلى بقاءه دون عمل (اختلال وظيفي مهني) .

أما بالنسبة لفيليس ، فقد تدخل اعتمادها على المخدرات في أدائها المهني (وهو الجامعة في هذه الحالة) .

إيجابيات هذا التعريف Advantages of This Definition

لعل أكبر إيجابيات هذا التعريف هو أنه لا يتطلب الكثير من الاستدلال نسبياً . فالمشكلات في كلا المجالين الاجتماعي والمهني غالباً ما تدفع الأفراد للسعي إلى العلاج . وعادة ما يصل الأمر بهؤلاء إلى إدراك حجم مشكلاتهم الانفعالية عندما تصبح لها تأثيراتها على أسرهم أو علاقاتهم الاجتماعية ، إضافة إلى تأثيرها الواضح على أدائهم في العمل أو الدراسة .

مشكلات هذا التعريف Problems with This Definition

من الذي يضع معايير الاختلال الوظيفي الاجتماعي أو المهني؟ أهو المريض ، أم المعالج ، أم الأصدقاء ، أم صاحب العمل؟ في بعض الأحيان ، تكون الأحكام المتعلقة بالوظائف الاجتماعية والمهنية نسبية وليست مطلقة ، وتتضمن معايير قيمية . ومع أن معظمنا يتفق على أن وجود الصداقات والإسهام في المجتمع كموظف أو كطالب أمور ذات قيمة ، إلا أن الأصعب من ذلك هو الاتفاق حول ما يمكن اعتباره مستوى وظيفياً ملائماً أو مثالياً في هذه المجالات . وباختصار ، فإن الوصول إلى إجماع ثابت حول طبيعة العلاقات الاجتماعية للفرد وإسهاماته كموظف أو كطالب قد يكون أمراً صعباً . ومن مُنطلق إدراكهم لهذه المشكلة ، عكف الأخصائيون في مجال الاضطرابات النفسية على تطوير قوائم التقرير الذاتي والمقابلات الخاصة ، وذلك من أجل تقييم الوظائف الاجتماعية والمهنية بطريقة منظّمة وثابتة .

كما رأينا في نقاشنا السابق ، فكل من التعريفات السابقة للسلوك الشاذ لها مواطن قوتها وضعفها . فهي قد تفسر حالات معينة من السلوك غير السوي ، لكنها لا تفسر حالات استثنائية أخرى قد لا تتناسب مع أي منها . يمكننا جميعاً أن نفكر في "سلوك شاذ" لا يمكن تصنيفه على أنه كذلك إذا ما تبيننا محك الضيق الشخصي (مثل فورات التبذير والصرف في حالة الهوس) ، كما يمكننا التفكير في سلوك آخر قد نصنّفه خطأً على أنه شاذ إذا ما قمنا بتبني تعريف الخروج على المعايير (مثل المنافسة الرياضية لاتحاد كرة القدم الوطني) .

من المهم أيضاً ملاحظة أن السلوك الشاذ لا يعني بالضرورة وجود مرض نفسي . بل إن مصطلح المرض النفسي يشير إلى مجموعة واسعة من الأعراض التي يمكن ملاحظتها بصورة متكررة ، وتتضمن سلوكيات أو خصائص شاذة معينة . وتميل هذه السلوكيات/الخصائص إلى أن تكون متلازمة ، أو أن تظهر معاً بطريقة نراها في الغالب عند فردٍ بعينه . فالإكتئاب الأساسي مثلاً مرضٌ نفسي معروف ، تميل خصائصه أو أعراضه (مثل المزاج المكتئب ، اضطراب النوم ، اضطراب الشهية ، التفكير الانتحاري) إلى الظهور بشكل متلازم لدى الشخص نفسه . من ناحية أخرى ، فالفرد الذي يظهر عليه فقط عرضٌ أو اثنان من أعراض الإكتئاب الأساسي هذه ، لن يتلقى مثل هذا التشخيص ، وقد لا يعد مريضاً نفسياً . كذلك قد يُظهر الفرد مدىً واسعاً من السلوكيات غير السوية (وفقاً لأي من التعريفات) ، ومع ذلك لا يتلقى تشخيصاً بالمرض النفسي .

المرض النفسي Mental Illness

كما هو شأن السلوك الشاذ ، فالمرض أو الاضطراب النفسي مصطلحٌ يصعب تعريفه . إذ توجد استثناءات لأي تعريف يمكن التوصل إليه . ومع ذلك ، من المهم الوصول إلى تعريفٍ فعلي للمرض النفسي بدلاً من الافتراض بأننا متفقون ضمناً حول الفكرة ذاتها عن طبيعة الأمراض النفسية .

إن الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المُعدّل (DSM-IV-TR) (American Psychiatric Association, 2000) هو النظام الرسمي المُعتمد في تشخيص الاضطرابات النفسية في الولايات المتحدة الأمريكية . ويعرّف المرض النفسي فيه على أنه :

تلك الأنماط أو المتلازمات السلوكية والنفسية ذات الدلالة الإكلينيكية ، التي ترتبط بوجود حالات من الضيق (كأن تكون الأعراض مؤلمة) ، أو العجز (أي الضعف في ناحية أو أكثر من النواحي الوظيفية) ، أو زيادة احتمال المعاناة أو الموت أو الألم أو العجز أو فقدان الحرية بشكل كبير . إضافة إلى ذلك ، فإن هذه المتلازمات أو الأنماط ينبغي أن لا تكون ضمن إطار الاستجابات المتوقعة أو المتفق عليها ثقافياً لحدث معين ، ك وفاة شخص حميم مثلاً . ومهما يكن سببها الأصلي ، يجب اعتبارها في الوقت الحالي مظهراً لاختلال سلوكي أو نفسي أو بيولوجي لدى الفرد . كما أنه من غير الجائز اعتبار الانحرافات السلوكية (الدينية أو السياسية أو الجنسية مثلاً) أو الصراعات التي تدور أساساً بين الفرد والمجتمع على أنها اضطرابات نفسية ، ما لم تكن الانحرافات أو الصراعات أعراضاً لاختلال وظيفي لدى الفرد كما وُصف أعلاه . (p. xxxi)

هنالك عدة أوجه جديرة بالملاحظة في هذا التعريف : (أ) المتلازمة (مجموعة من السلوكات الشاذة) يجب أن ترتبط بضيق أو عجز أو زيادة في احتمال وقوع مشكلات ؛ (ب) الاضطراب النفسي يمثل اختلالاً وظيفياً لدى الفرد ؛ و(ج) ليست جميع السلوكات المنحرفة أو الصراعات مع المجتمع ، إشارات للاضطراب النفسي .

ولربما لاحظ القارئ الفطن أن تعريف الدليل التشخيصي الرابع المعدل (DSM-IV-TR) للاضطرابات النفسية تعريف يجمع بين التعريفات الثلاث للسلوك الشاذ ، التي تم عرضها في بداية هذا الفصل . ومن ناحية ، فهو أكثر شمولية من التعريفات الثلاث السابقة للسلوك غير السوي ، كما أنه أكثر تحديداً منها من ناحية أخرى ؛ إذ أنه يركز على المتلازمات -أو مجموعة السلوكات غير السوية- المرتبطة بالضيق أو العجز ، أو على زيادة احتمال وقوع المشكلات .

أهمية التشخيص The Importance of Diagnosis

وقبل القبول بهذا التعريف دون نقد أو تحليل ، أو التسليم بفوائد التشخيص أو التصنيف ، علينا أن نحيط على سؤال أساسي : لِمَ علينا أن نستخدم تشخيصاً للاضطرابات النفسية ؟ إن التشخيص نوع من التصنيف الاختصاصي .

فالتصنيف ضروري لوجودنا ؛ لأنه يسمح لنا بالتمييز ما بين الظواهر (مثل الزكام البسيط مقابل داء الرئة ، السرطان مقابل الورم الحميد) . وتشخيص الاضطرابات النفسية هو تصنيف اختصاصي ، يستخدمه الأخصائيون في ميدان الصحة النفسية ، بحيث يمكنهم التمييز بين ظواهر مهمة (مثل : الفصام مقابل الهوس الاكتيابي المصحوب بسمات ذهانية) .

وهناك على الأقل أربع إيجابيات أساسية للتصنيف . أولاً ، وربما كان الأكثر أهمية ، يعتبر التواصل من الوظائف الرئيسية للتشخيص ؛ إذ يمكن نقل كم هائل من المعلومات من خلال مصطلح تشخيصي واحد . فعلى سبيل المثال ، أُحيل مريض مشخص بقصام البارانونيا إلى المؤلف من قبل زميل يقيم في نيويورك . وفوراً ، ودون معرفة أي شيء آخر عن المريض ، يتبادر إلى الذهن نمط معين من الأعراض (أوهام ، هلوسات سمعية ، خلل وظيفي اجتماعي/مهني شديد ، استمرار المرض على مدى ستة أشهر على الأقل) . إذن ، يمكن اعتبار التشخيص بمثابة "اختزال لفظي" لخصائص اضطراب نفسي معين . ومن شأن استخدام محكات تشخيصية مقننة (مثل تلك التي تظهر في الدليل التشخيصي-DSM) أن يضمن درجة من التشابه أو التماثل بين خصائص الاضطراب النفسي لدى المرضى ، بغض النظر عن المكان الذي تم تشخيصهم فيه ، سواء كان في كاليفورنيا أو في ميسوري أو في مانهاتن أو في كنساس .

وتُفيد الأنظمة التشخيصية للاضطرابات النفسية في التواصل بشكل خاص ، لأن هذه الأنظمة وصفية إلى حد كبير ؛ أي أن السلوكات والأعراض التي تتصف بها الاضطرابات المختلفة تُعرض دون الإشارة إلى أية نظرية تتعلق بمسبباتها . وبالتالي ، يمكن للأخصائيين استخدامها بمختلف أطرافهم ، أياً كان توجههم النظري . فلو كان كل أخصائي نفسي يعمل في هذا الميدان يستخدم نظاماً تشخيصياً خاصاً ، يتبع توجهاً نظرياً معيناً ؛ فسوف ينجم عن ذلك مشكلات لا حصر لها في التواصل .

ثانياً ، إن استخدام التشخيص من شأنه أن يُمكن الأخصائيين من استخدام البحث التجريبي في مجال الاضطرابات النفسية ، وتطويره . حيث يقوم الأخصائيون الإكلينيكيون بتعريف المجموعات التجريبية بناءً على الخصائص التشخيصية للمجموعة ، مما يسمح بالمقارنة بين المجموعات وفقاً لخصائص الشخصية ، أو وفق الأداء على الاختبارات النفسية ، أو الأداء على مهمات تجريبية معينة . علاوة على ذلك ، فإن الطريقة التي يتم من خلالها تعريف المفاهيم التشخيصية ووصفها ، كفيلة بإثارة المزيد من الأبحاث المتعلقة بالمحكات الفردية للاضطرابات ، وبمجموعات بديلة من المحكات ، وبالتزامن ما بين الاضطرابات (حدوثها معاً) .

ثالثاً ، وفي توجه مقارب ، فإنه من المستحيل تقريباً القيام بأبحاث حول إتيولوجية السلوك غير السوي وأسبابه دون وجود نظام تشخيصي مقنن . وللتحري عن مدى أهمية العوامل الإتيولوجية (etiological factors) المحتملة لملازمة معينة من الاضطراب النفسي ، ينبغي علينا أولاً أن نختار أفراداً من مجموعات تشترك في تشخيص معين . فمنذ عدة سنوات مثلاً ، كان هنالك افتراض يقول إن تعرض الأطفال للإساءة الجنسية قد يجعلهم عرضةً لتطوير اضطراب الشخصية الحدودية (Borderline Personality Disorder-BPD) فيما بعد . وأولى المحاولات التجريبية للتحقق من صحة هذا الفرض ، كانت قد تضمنت تحديد مدى انتشار الإساءة الجنسية في الطفولة لدى

مجموعات من الأفراد المشخصين باضطراب الشخصية الحدودية ، إضافة إلى مجموعات إكلينيكية أخرى ضابطة ، لا تعاني من هذا الاضطراب . وقد بينت هذه الدراسات الأولية تكرار ظهور الإساءة الجنسية في الطفولة لدى الأفراد الذين يعانون من اضطراب الشخصية الحدودية ، وقد كانت بنسب أعلى مما هي عليه لدى الأفراد من ذوى الاضطرابات الأخرى . وهكذا ، يجدر البحث في أهمية هذا العامل الإتيولوجي ودوره في نشوء اضطراب الشخصية الحدودية . وقبل أن نتوصل إلى مثل هذه الاستنتاجات ، يجب أن يكون لدينا أسلوب معتمد ومنظم في اختيار الأفراد ينطبق عليهم تصنيف اضطراب الشخصية الحدودية .

وأخيراً ، فالتشخيصات مهمة لأنها تساعدنا (نظرياً على الأقل) في تحديد أي أنواع العلاج يحتمل أن يكون أكثر فعالية من غيره . وفي الحقيقة ، فهذا هدف لأي نظام عام في تصنيف الاضطرابات النفسية (Blashfield & Draguns, 1967) . فكما يقول بلاشفيلد ودراجونز (1967) : "إن القرار النهائي حول قيمة التصنيف الطبي النفسي في التنبؤ ، يعود إلى التقييم التجريبي لمدى فائدة التصنيف في اتخاذ القرارات العلاجية" (ص 148) . فعلى سبيل المثال ، يقترح لنا التشخيص بالفصام رجحان جدوى إعطاء الأدوية المضادة للذهان على استخدام جلسات التحليل النفسي . وهناك أمر بسيط يستحق الذكر هنا ؛ وهو أنه بالرغم من أن العلاقة بين التشخيص والعلاج قد تبدو قابلة للتعديل وفقاً للوقت الذي تم فيه التشخيص (نظرياً) ، فعادة ما تظهر عدة معالجات فعالة بشكل متساوٍ في علاج اضطراب واحد .

وباختصار ، فإن تشخيص الاضطرابات النفسية وتصنيفها يؤديان عدة وظائف نافعة . وسواء كانوا باحثين أو ممارسين ، فالأخصائيون الإكلينيكيون المعاصرون يستخدمون شكلاً أو آخر من أشكال التشخيص في عملهم . والآن ، تنتقل إلى وصف مختصر لأنظمة التصنيف التي استخدمت في تشخيص الاضطرابات النفسية على مر السنين . ومن ثم ، سنتفحص بالتفصيل مميزات نظام التشخيص التصنيفي الأكثر استخداماً ؛ ألا وهو الدليل التشخيصي الرابع المعدل (DSM-IV-TR) .

أنظمة التصنيف المبكرة Early Classification System

لقد انتشرت أنظمة تصنيف الاضطرابات النفسية على مر السنين . فقد تبين أن أقدم مرجع لمتلازمة الاكتئاب يعود إلى عهد بعيد ، حيث يرجع إلى 2600 ق م . (Menninger, 1963) . ومنذ ذلك الحين ، تزايدت أعداد التصنيفات واتسع مداها . ولإدخال شيء من النظام إلى هذه الفوضى ، تبنى مجلس العلوم العقلية (Congress of Mental Science) نظاماً تصنيفياً واحداً عام 1889 في باريس . أما المحاولات الأحدث ، فيمكن إرجاعها إلى الجهود التي بذلتها منظمة الصحة العالمية

عام 1948 بإصدارها التصنيف الإحصائي العالمي للأمراض والإصابات ومسببات الموت (International Statistical Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death- ICD)، والذي يتضمن تصنيفاً للسلوك الشاذ أو غير السوي .

في عام 1952، قامت رابطة الطب النفسي بنشر نظامها التصنيفي الخاص المتمثل بالدليل التشخيصي والإحصائي (Diagnosis and Statistical Manual)، وقد احتوى هذا الدليل على مصطلحات تصف كل فئة من الفئات التشخيصية التي ينضمونها. وقد أُتبعَت الطبعة الأولى (DSM-I) بعدة مراجعات ظهرت في الأعوام 1968 (DSM-II)، 1980 (DSM-III)، 1987 (DSM-III-R)، و1994 (DSM-IV). وفي الوقت الحاضر، فإن نظام التصنيف الأكثر استخداماً هو الدليل التشخيصي الرابع المُعدّل (DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) الذي صدر عام 2000. وجميع هذه الأعمال هي تجسيدٌ لجهود إميل كريبلين في أواخر القرن التاسع عشر. ولتوضيح كيف تغيرت الصورة على مدى الخمسين عاماً الماضية، يمكن المقارنة بين النظام البريطاني الذي كان مستخدماً في نهاية الأربعينيات من القرن العشرين (انظر لجدول 5-1) ونظام الدليل التشخيصي الرابع المُعدّل الموضح في الجدول 5-2.

وفي الفترة ما بين الخمسينيات والستينيات من القرن الماضي، تضاعف الاهتمام بالتشخيص الطبي النفسي (L. N. Robins & Helzer, 1986). وقيل إن التشخيص من شأنه أن يجرد الفرد من إنسانيته، ويتجاهل الفروق الفردية. إلا أن التشخيص في الطب النفسي وعلم النفس ما لبث أن عاد إلى الظهور مرة أخرى. ولعل أكثر التغيرات ثورية في نظامنا التشخيصي هي تلك التي أُدخلت في الدليل التشخيصي الثالث (DSM-III) الذي نُشر عام 1980. حيث تضمنت هذه التغيرات استخدام محكّات تشخيصية واضحة للاضطرابات النفسية، ونظاماً تشخيصياً متعدد المحاور، ومنحىً وصفيّاً للتشخيص يميل إلى الحيادية فيما يتعلق بالنظريات التي تبحث في أسباب الاضطرابات، وتركيزاً متزايداً على الفائدة الإكلينيكية للنظام التشخيصي. ولأن هذه المستجدات بقيت في الطبقات اللاحقة للدليل التشخيصي (DSM-III-R, DSM-IV, DSM-IV-TR)، فسبتم وصفها في الجزء التالي من الكتاب.

الجدول 5-1 تصنيفات الاضطرابات النفسية المستخدمة من قبل الرابطة الملكية الطبية النفسية (Royal Medico-Psychological Association) في نهاية الأربعينيات

الجزء الأول :

أ . التخلف العقلي (Oligophrenia) (البلاهة ، لعجز العقلي) :

- 1 . الغباء .
- 2 . البلاهة .
- 3 . التخلف العقلي .
- 4 . العجز الأخلاقي .

ب . العُصاب والعُصاب النفسي :

- 1 . حالات الإنهاك (تشمل وهن الأعصاب) .
- 2 . حالات القلق .
- 3 . الأفعال القهرية ، الوسواس ، والخاوف المرضية .
- 4 . الهستيريا .
- 5 . اضطرابات مختلطة وأشكال أخرى .

ج . الذهانات القُصامية :

1 . الحُرف المبكر :

- أ . البسيط .
- ب . حُرف المراهقة .
- ث . التُخَنُّسي .
- ث . الحُيَلاَثي .

2 . البرافرنيا (paraphrenia)

3 . أنواع أخرى .

د . التكوين السيُكروباثي (ويشمل البارافرنيا) .

هـ . الذهانات الوجدانية :

1 . ذهان الهوس والاكتئاب :

أ . الزهو .

ب . الاكتئاب .

ت . الذهول أو فتور الوعي .

2 . السوداوية الداخلية (الميلانخوليا) .

و . حالات تشوش الوعي .

ز . ذهانات الصرع .

ح . الشلل العام .

ط . ذهانات أخرى مرتبطة بأمراض الدماغ العضوية .

ي . الحُرف .

ك . أنماط غير محددة .

المصدر : مأخوذ من هندرسون وجيليسبي . (Henderson & Gillespie, 1950, pp. 20-21)

الدليل التشخيصي الرابع المعدل DSM-IV-TR

صدرت المراجعة التي تمت على الطبعة الرابعة من الدليل التشخيصي المعدل (DSM-IV-TR) عام 2000 . وقد تم وضع مراجعات الدليل التشخيصي السابق (DSM-III) بالاسترشاد بعملية تجريبية من ثلاث مراحل . في المرحلة الأولى ، تم إجراء 150 مراجعة شاملة للأدبيات المتعلقة بقضايا تشخيصية مهمة ، وقد كانت هذه المراجعات منظّمة وشاملة . وقد أدت نتائج هذه المراجعات إلى توصيات بالمراجعات اللاحقة ، كما ساهمت في توثيق الدعم المنطقي والتجريبي للتغيرات التي أدخلت على الدليل التشخيصي الرابع (DSM-IV) . وفي المرحلة الثانية ، تم الانتهاء من 40 عملية من عمليات إعادة التحليل الرئيسية لمجموعات من البيانات الموجودة ، والتي تم جمعها حول حالات لم تكن المراجعات السابقة قادرة على حسمها بصورة كافية . أما في المرحلة الثالثة ، فقد أُجريت 12 تجربة ميدانية للدليل التشخيصي الرابع بهدف تقييم الفوائد الإكلينيكية والقدرة التنبؤية لمجموعات من المحكّات البديلة لبعض الاضطرابات (مثل اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع) . وخلاصة الأمر ، إن التغيرات التي أُجريت على الدليل التشخيصي الرابع (DSM-IV) وبقيت في الدليل التشخيصي الرابع المعدل (DSM-IV-TR) تمت بناءً على بيانات تجريبية ذات مدى أوسع بكثير مما كان الأمر عليه في الإصدارات السابقة من الدليل التشخيصي (DSM) . ونرى في الجدول 2-5 مراجعة موجزة للدليل المعدل (DSM-IV-TR) .

المحور 1

- الاضطرابات الإكلينيكية أو غيرها من الحالات التي قد تكون محورها للاهتمام الإكلينيكي :
- اضطرابات تُشخص عادةً للمرة الأولى في الرضاعة أو الطفولة أو المراهقة (مثل اضطرابات النمو الشائعة) .
 - الهذيان ، الخرف ، فقدان الذاكرة ، واضطرابات معرفية أخرى .
 - الاضطرابات العقلية التي تعزى إلى حالات طبية عامة .
 - الاضطرابات المرتبطة بتعاطي العقاقير (مثل سوء استخدام الكحول ، والاعتماد على الكوكايين) .
 - الفصام واضطرابات ذهانية أخرى .
 - اضطرابات المزاج (مثل الاكتئاب الأساسي ، والاضطراب ثنائي القطب) .
 - اضطرابات القلق (مثل رهاب الأماكن المغلقة ، اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة) .
 - الاضطرابات ذات المظهر الجسدي (Somatoform) (مثل توهم المرض) .
 - اضطرابات تصنعية .
 - الاضطرابات الانفصالية (Dissociative) (مثل اضطراب الهوية الانفصالي) .
 - الاضطرابات الجنسية واضطرابات الهوية الجندرية (مثل البرود الجنسي ، والفيتيشية) .
 - اضطرابات الأكل (مثل غصاب النحافة) .
 - اضطرابات النوم (مثل تقطع فترات النوم) .
 - اضطرابات التحكم بالنزوات (مثل اضطراب السرققة) .
 - اضطرابات التكيف .
 - حالات أخرى قد تكون محورها للاهتمام الإكلينيكي (مثل الحزن لفقد شخص عزيز) .

المحور 2

اضطرابات الشخصية والتخلف العقلي :

- اضطرابات الشخصية (مثل الشخصية الجندرية ، المعادية للمجتمع ، الاعتمادية ، والبارانوية) .
- التخلف العقلي .

المحور 3

حالات طبية عامة تتعلق أساساً بفهم أو إدارة الاضطرابات النفسية لدى الفرد .

المحور 4

مشكلات نفسية - اجتماعية وبيئية :

- مشكلات مع جماعة الدعم الأولية .
- مشكلات مرتبطة بالبيئة الاجتماعية .

• مشكلات تعليمية/دراسية .

• مشكلات مهنية .

• مشكلات سكنية .

• مشكلات اقتصادية .

• مشكلات تتعلق بالحصول على خدمات الرعاية الصحية .

• مشكلات تتعلق بالتفاعل مع النظام القضائي/الجنائي .

• مشكلات نفسية - اجتماعية وبيئة أخرى .

المحور 5

مقياس التقييم العام للوظائف :

| الوصف | الرمز |
|---|--------|
| أداء بمستوى عال للوظائف في مدى واسع من الأنشطة . | 100-91 |
| أعراض بسيطة أو غياب الأعراض (مثل القلق البسيط قبل الامتحانات) ، أداء وظيفي جيد في جميع المجالات ، الاهتمام والمشاركة بمدى واسع من النشاطات ، فعالية اجتماعية ، الشعور لعام بالرضا عن الحياة ، مشكلات أو هموم يومية ليس إلا (مثل الجدالات العرضية) . | 90-81 |
| إذا ظهرت أعراض ما فتكون عابرة ، وكرود فعل متوقعة لضغوط نفسية-اجتماعية . | |
| بعض الأعراض البسيطة . | 80-71 |
| أعراض متوسطة . | 70-61 |
| أعراض خطيرة (مثل الأفكار الانتحارية ، وساوس شديدة ، السرقة المتكررة من المحلات) أو عجز خطير في الوظائف الاجتماعية أو المهنية أو الدراسية (مثل عدم وجود أصدقاء ، عدم لقدرة على الاحتفاظ بوظيفة ما) . | 60-51 |
| بعض العجز في اختبار الواقع أو التواصل . | 50-41 |
| تأثير السلوك إلى حد كبير بالهذات والهوسات . | 40-31 |
| بعض الخطورة لاحتمال إيذاء الذات أو الآخرين . | 30-21 |
| خطورة دائمة من الإيذاء الشديد للذات أو الآخرين (مثل العنف المتكرر) أو عدم القدرة على الحفاظ على الحد الأدنى من النظافة الشخصية ، أو القيام بأفعال انتحارية خطيرة مع توقع الموت بشكل واضح . | 20-11 |
| معلومات غير كافية . | 10-1 |

المصدر : (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text

Revision, 2000, American Psychiatric Association).

والتقييم التشخيصي الكامل للدليل التشخيصي الرابع المُعدّل (DSM-IV-TR) هو تقييم متعدد المحاور (multiaxial assessment). إذ يتم فيه تقييم العملاء أو المرضى وفقاً لخمس محاور أو مجالات من المعلومات. وكل محور من هذه المحاور/المجالات من شأنه أن يساعد في التخطيط للعلاج والتنبؤ بالنتائج. حيث يُستخدم المحور الأول (Axis I) للإشارة إلى وجود اضطرابات إكلينيكية أو حالات أخرى ذات علاقة، باستثناء اضطرابات الشخصية والتخلف العقلي؛ إذ يتم ترميز هذين النوعين من التشخيص في المحور الثاني (Axis II). ويُستخدم المحور الثالث (Axis III) لإبراز أية حالات أو مشكلات طبية راهنة قد تكون لها صلة بصياغة أو معالجة الاضطرابات الإكلينيكية لدى الفرد، والواردة في المحورين الأول والثاني. أما المشكلات النفسية-الاجتماعية والبيئية المتعلقة بالتشخيص والعلاج والتنبؤات الطبية، فيتم وضعها في المحور الرابع (Axis IV). وأخيراً، هناك تقدير رقمي للمستوى العام للوظائف في المحور الخامس (Axis V). ومن الواضح أن كل محور من هذه المحاور الخمسة يساهم بمعلومات مهمة حول المريض، وتزودنا هذه المحاور مجتمعة بوصف شامل لمشكلات المريض الأساسية، وضغوطه النفسية، ومستواه الوظيفي.

حالة ميشيل م.

كانت ميشيل م. امرأة في الثالثة والعشرين من عمرها، أُدخلت إلى وحدة داخلية تابعة لأحد المستشفيات بعد محاولتها السادسة للانتحار خلال العامين الأخيرين. لقد أخبرت صديقها السابق (الذي تركها قبل أسبوع) أنها تناولت علبة إسبرين كاملة، فسارع بها إلى الطوارئ. ولدى ميشيل تاريخ يمتد لخمس سنوات من أعراض الاكتئاب التي لم يطرأ عليها تحسن، إلا أن أعراضها لم تكن شديدة بحيث تستدعي إدخالها إلى المستشفى أو إخضاعها للعلاج؛ فقد تضمنت الأعراض تكرر الزواج، وضعف الشهية، ونقص تقدير الذات، وقلة التركيز، والشعور باليأس.

إضافة إلى ذلك، فلدى ميشيل تاريخ من المشكلات المزمنة الأخرى التي ظهرت منذ مراهقتها. فقد كانت أولاً تعاني من صعوبة كبيرة في التحكم بعواطفها. وكانت عرضة للكدر أو الغضب أو القلق باستمرار، وفي كل لحظة تقريباً. وهذه الحالات الانفعالية الشديدة لم يكن التنبؤ بها ممكناً عادةً، وبالرغم من تكرارها، فنادرًا ما كانت تستمر لأربع أو خمس ساعات. كذلك ذكرت ميشيل أن لديها تاريخاً طويلاً من السلوكيات الاندفاعية، بما فيها إساءة استخدام العقاقير، الجنوح الجنسي المفرط (بمعدل 30 شريكاً جنسياً تقريباً في السنة)، ونوبات من الإسراف في الأكل. ولم يكن بالإمكان التنبؤ بغضبها، والذي كان شديداً جداً. ففي إحدى المرات مثلاً، قامت بتحطيم حائط إلى أجزاء صغيرة باستخدام مطرقة، وذلك إثر تلقيها علامة سيئة في أحد الاختبارات.

أما علاقات ميشيل بأصدقائها وشركائها العاطفيين ووالديها، فقد كانت تتسم بالحدة وعدم الاستقرار. فأصدقائها الذين يقضون معها بعضاً من الوقت، كانوا يشكون من غضبها المتكرر منهم، وتقليلها من شأنهم دون سبب واضح. كما أقرت ميشيل بخوفها المستمر من هجر الآخرين لها (بمن

فيهم والديها) . فقد قامت مرةً على سبيل المثال - بالتشيث بقدم إحدى صديقاتها ، وجرت إلى الخارج حتى سيارة تلك الصديقة ، وهي تحاول إقناعها بالبقاء لثناول العشاء . إضافةً إلى ذلك ، فقد سبق أن حاولت في أربع مناسبات أن تغادر المنزل لالتحاق بكلية في مدينة قريبة . ولما كل مرة غادرت فيها ، كانت تعود إلى المنزل خلال أسابيع قليلة . وقُبيل إدخالها إلى المستشفى ، كانت كلماتها لصديقتها عبر الهاتف : "أريد أن أنهي كل شيء . لا أحد يحبني" .

والتقييم التشخيصي الإكلينيكي لميشيل وفق الدليل الرابع المعدل (DSM-IV-TR) يظهر في الجدول 3-5 .

الجدول 3-5 التقييم التشخيصي: ميشيل م.

| | | |
|---------------|-------------------------------------|---|
| المحور الأول | 300.4 | اضطراب تكدر المزاج ، بدايات مبكرة |
| | 305.00 | إساءة استخدام الكحول |
| | 305.20 | إساءة استخدام الحشيش |
| | 305.60 | إساءة استخدام الكوكايين |
| | 305.30 | إساءة استخدام المهلوسات |
| المحور الثاني | 301.83 | اضطراب الشخصية الحدودية (التشخيص الأساسي) |
| المحور الثالث | لا يوجد | |
| المحور الرابع | مشكلات تتعلق بجماعات الدعم الأولية | |
| | مشكلات دراسية | |
| المحور الخامس | التقييم العام للوظائف = 20 (حالياً) | |

هنالك عدة أوجه تستحق الذكر في هذه الصيغة التشخيصية . أولها أن ميشيل تلقت عدة تشخيصات على المحور الأول . وهذا الأمر مسموح به ، بل ومحبذ في نظام الدليل التشخيصي الرابع (DSM-IV) ؛ لأن الهدف هو وصف مشكلات العميل بصورة شاملة . ثانياً ، نلاحظ أن تشخيصها باضطراب الشخصية الحدودية على المحور الثاني يُعتبر التشخيص الأساسي . وهذا يعني أن هذه الحالة هي المسؤولة بشكل أساسي عن دخولها المستشفى ، وربما يكون هو محور التركيز أثناء علاجها . وأخيراً ، تشير درجة التقييم العام للوظائف على المحور الخامس إلى وجود ضعفٍ أو خلل شديد ، ويتمثل في هذه الحالة بخطر إيذائها لنفسها .

قمنا بوصف الدليل التشخيصي الرابع المعدل (DSM-IV-TR) بشكل موجز ، حتى نعطي القارئ فكرة عامة عما يتضمنه التصنيف الطبي النفسي . على أية حال ، من المهم أن نفحص عدداً من القضايا المتعلقة بالتصنيف بشكل عام ، وبالدليل التشخيصي الرابع المعدل بشكل خاص . والجدول 4-5 يلخص القضايا الثماني الأساسية الموضحة أدناه .

التصنيفات مقابل الأبعاد *Categories Versus Dimensions*

تصنيفات الاضطراب النفسي هي في الأساس نوعٌ من الأنماط . فبناءً على مجموعة أعراض معينة أو تاريخ معين من الأعراض ، يوضع المريض ضمن تصنيف معين . ولهذا التوجه عدد من المآخذ المرتبطة به . فمن السهل أولاً أن نخلط بين التصنيف والتفسير في كثير من الأحيان . وإن لم يكن المرء حذراً ، فسيميل إلى التفكير بالطريقة التالية : " هذه المريضة تعاني من الوسواس لأنها تعاني من اضطراب الوسواس والأفعال القهرية " ، أو " هذا الشخص يتصرف بصورة ذهانية لأنه يعاني من الفصام " . وأمام نزعة كهذه ، نكون قد استبدلنا بالتفسير حلقةً دائريةً من التوصيف .

إضافةً إلى ذلك ، وكما أشرنا سابقاً في هذا الفصل ، فإن السلوك غير السوي لا يختلف نوعياً عما يُسمى بالسلوك السوي . وإنما هما نقطتان نهاية على بُعد متصل . والفرق بين ما يسمّى بالسلوك السوي والسلوك الذهاني مثلاً هو فرق في الدرجة لا في النوع (Chapman & Chapman, 1985) . إلا أن تشخيص الاضطرابات النفسية وفق تصنيفات محددة ، يشير ضمناً إلى أن الأفراد إما يعانون من اضطراب معين ، أو لا يعانون منه . وهذا النوع من التفكير بالكل أو اللاشيء ، قد يكون مخالفاً لما نعرفه حول التوزيع الطبيعي لأعراض الاضطراب النفسي في المجتمع . فعلى سبيل المثال ، قد لا يكون النموذج التصنيفي لاضطراب الشخصية الحدودية كما ورد في الدليل الرابع المعدل (أي وجود الاضطراب أو عدم وجوده) نموذجاً مناسباً ؛ لأن الأفراد يختلفون فقط في عدد الأعراض التي يخبرونها (فارق كمي) . بكلمات أخرى ، قد يخطئ النموذج التصنيفي في تمثيل الطبيعة الحقيقية لبنية اضطراب الشخصية الحدودية (Trull, Widiger, & Guthrie, 1990) وفي الحقيقة ربما تكون الأبنية التشخيصية ذات الطبيعة التصنيفية هي بالفعل قليلة نسبياً .

أسس التصنيف *Bases of Categorization*

عند تصنيف المرضى النفسيين ، ينبغي أن يستخدم المرء مجموعةً واسعة من الأساليب والمبادئ . في بعض الأحيان ، يتم تصنيف المرضى بناءً على سلوكياتهم أو أعراضهم الراهنة فقط ، وفي حالات أخرى يتم إصدار الحكم بناءً على تاريخهم المرضي بصورة كلية تقريباً . ففي حالة الاكتئاب الأساسي مثلاً ، ربما يتم تشخيص فرد ما بناءً على مقابلة تشخيصية يجريها الأخصائي

الإكلينيكي ، بينما يتم تصنيف فرد آخر بناءً على نتائج فحوص مخبرية ، كأن تكون نتيجته إيجابية على اختبار الحد من انتشار الديكساميثاسون (Dexamethasone suppression test-DST) ، كما قد يُشخص شخص ثالث بناءً على درجاته على مقياس تقرير ذاتي للاكتئاب . هذا ، وتزودنا النتائج المخبرية بالأساس الذي تم وضع تشخيص ببعض الاضطرابات المعرفية (مثل الخرف الوعائي) بناءً عليه ، بينما تُشخص اضطرابات معرفية أخرى (مثل الهذيان) بناءً على الملاحظات السلوكية فقط . وهكذا ، فإن العملية التشخيصية قد تكون عملية معقدة بالنسبة للأخصائيين الإكلينكيين ، وتتطلب المعرفة والقدرة على الوصول إلى مجموعة متنوعة من التقنيات أو الوسائل التشخيصية . ولعل أحد المضامين الأساسية لذلك هو أن وضع الأفراد ضمن إحدى الفئات التشخيصية قد لا يكون بذلك المستوى من التجانس ، وذلك لتعدد أسس التشخيص .

الجدول 4-5 قضايا عامة في التصنيف

| التصنيفات مقابل الأبعاد |
|--|
| هل يعد النموذج التصنيفي المستخدم في الدليل التشخيصي الرابع (أي إما أن يكون الاضطراب موجوداً أو لا يكون) نموذجاً مناسباً بالفعل؟ هل من المفضل استخدام النموذج البُعدي؟ |
| أسس التصنيف |
| هل ينبغي أن تكون هنالك عدة طرق للأحكام التشخيصية؟ وهل يؤدي هذا الأمر إلى عدم التجانس ضمن تصنيف تشخيصي معين؟ |
| براجماتية التصنيف |
| كيف نقرر ما إذا كانت حالة ما تقع ضمن الدليل التشخيصي؟ |
| الوصف |
| هل تم وصف خصائص الفئات التشخيصية بشكل كافٍ؟ وهل المحركات التشخيصية محددة وموضوعية بالفعل؟ |
| الثبات |
| هل تسم الأحكام التشخيصية بالثبات؟ هل يمكن لعدة أشخاص يقومون بالتشخيص أن يتفقوا على تصنيف فرد ما؟ |
| الصدق |
| هل يمكننا القيام بتمييزات ذات معنى بناءً على معرفتنا بتشخيص الفرد؟ |
| التحيز |
| هل خصائص الاضطرابات النفسية الواردة في الدليل التشخيصي الرابع متحيزة ضد أشخاص معينين بسبب جنسهم أو عرقهم أو خلفيتهم الاقتصادية - الاجتماعية؟ وهل يتحيز المشخصون أثناء تفسيرهم أو تطبيقهم للمحركات التشخيصية؟ |
| الشمولية/التغطية |
| هل تسحب تشخيصات الدليل التشخيصي الرابع على الأفراد الذين يأتون بغرض العلاج النفسي أو العلاج الطبي النفسي؟ هل يعد الدليل التشخيصي الرابع ضيقاً جداً ، أم واسعاً جداً؟ |

لطالما ارتبط التصنيف الطبي النفسي بشيء من الجاذبية لدى الهيئات الطبية . لكن يبقى هناك وجه ديموقراطي ملازم لهذا النظام ، من شأنه أن يشير الدهشة إلى حد ما . فعلى سبيل المثال ، كان الطب النفسي لسنوات طويلة يُعتبر الجنسية المثلية اضطراباً ينبغي علاجه بالتدخل الطبي النفسي . ونتيجةً للاتجاهات المتغيرة في المجتمع الغربي ، وأسباب نفسية أخرى ، أُسقطت الجنسية المثلية من نظام الدليل التشخيصي (DSM) ، وأصبحت تدرج الآن تحت ما يسمى بأساليب الحياة البديلة (see Spitzer, 1981) . وفي ضوء ذلك ، تُعتبر الجنسية المثلية اضطراباً يرد ضمن الدليل التشخيصي فقط عندما تشكل هذه التوجهات الجنسية مشكلةً بالنسبة للفرد ، أو حين يرغب هو بتغييرها (وهنا تدرج في الدليل تحت تصنيف "اضطرابات جنسية غير محددة") . والقضية هنا ليست فيما إذا كان هذا القرار صحيحاً أم لا ، بل في كيفية اتخاذ هكذا قرار بإسقاط الجنسية المثلية من الدليل التشخيصي (DSM) . فقد تم إسقاط الجنسية المثلية كاضطراب ، من خلال تصويت أعضاء رابطة الطب النفسي الأمريكية .

وذكرنا هذا المثال أيضاً بأن الأنظمة التصنيفية مثل الدليل التشخيصي (DSM) يتم وضعها من قبل لجان . والجدير بالذكر أن أعضاء مثل هذه اللجان يمثلون قوى وفعاليات علمية ونظرية ومهنية ، بل واقتصادية مختلفة . ونتيجةً لذلك ، فقد يمثل الناتج التصنيفي النهائي الذي يتم تبنيه بمثابة وثيقة سياسية ، تعكس تسوياتٍ من شأنها أن تجعله مقبولا لدى قوى مهنية غير متجانسة .

الوصف Description

من دون شك ، يقدم الدليل التشخيصي الرابع المُعدل (DSM-IV-TR) وصفاً شاملاً لمختلف الفئات التشخيصية . فبالنسبة لاضطرابات المحورين الأول والثاني ، تم إعطاء وصف مفصل لأعراض كل تصنيف تشخيصي يدرج تحتهما . وكمثال على ذلك ، يبين لنا الجدول 5-5 المحكّات التشخيصية لاضطراب عُصاب الشراهة والواردة في الدليل التشخيصي (DSM-IV-TR) . كما يقدم الدليل معلومات إضافية لكل تشخيص ، بما فيها العمر الذي يبدأ فيه الاضطراب عادةً ، وسيره ، وانتشاره ، ومضاعفاته ، والأنماط الأسرية ، والاعتبارات الثقافية ، وكل الخصائص الوصفية والاضطرابات النفسية التي ترتبط به ، والنتائج المخبرية ذات الصلة أيضاً . وجميع هذه النتائج الوصفية كفيلة بتعزيز صدق النظام التشخيصي وثباته .

إن النظام التصنيفي الذي لا يتسم بالثبات هو نظام يعاني من مشكلات خطيرة . وفي هذا السياق ، يشير الثبات إلى اتساق الأحكام التشخيصية بين جماعة من المحكمين . ولعل إحدى التغييرات الأساسية في الدليل التشخيصي الثالث (DSM-III) (American Psychiatric Association, 1980) ، هي إدخال محكات نوعية وموضوعية لكل اضطراب على حدة ، تعكس محاولة لزيادة ثبات النظام التشخيصي . فإذا ما لاحظ الأخصائي أو الأخصائي ب المريض نفسه ولم يتفقا على تشخيص واحد له ، فإن كلا التشخيصين يعد بلا قيمة ؛ لأننا لا نعرف أي التشخيصين نقبل . وهذا الموقف هو نفسه الذي ابتليت به أنظمة التشخيص الأميركية لعدة سنوات . فعلى سبيل المثال ، هناك دراسة مبكرة أجراها بيك وزملاؤه (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1962) ، أظهرت عدم الثبات في الأنظمة التشخيصية السابقة . حيث قام طبيبان نفسيان بتقييم المئة وثلاث وخمسين مريضاً -نفسهم- الذين أدخلوا المستشفى النفسي حديثاً . ووصل الاتفاق الكلي بين الطبيبين إلى نسبة 54% فقط . ولعل بعضاً من عدم الاتفاق يُعزى إلى عدم اتساق المعلومات التي كان المرضى يدلون بها للأطباء . فقد يكون المريض أمثلاً منفتحاً نسبياً مع الطبيب ف ، لكنه أقل انفتاحاً مع الطبيب ق . على أية حال ، يبدو أن مشكلة عدم الثبات في معظمها تعود إلى الأخصائيين الذين يقومون بالتشخيص ، و/أو إلى النظام التشخيصي نفسه .

هناك أيضاً بعض العوامل البراجماتية التي يمكن أن تقلل من الثبات بين تشخيص وآخر . فقد نجد أحياناً أن بعض المؤسسات لا تقبل إدخال مريضٍ مشخصٍ باضطرابات معينة . ومع ذلك نجد أخصائياً في مجال الصحة النفسية لديه شعورٌ بأن المريض يمكن أن يستفيد من هذا الإدخال (أو قد لا يكون هناك مكان آخر يمكنه اللجوء إليه) . فما الذي ينبغي فعله هنا؟ غالباً ما يكون الخيار "الإنساني" هو تغيير التشخيص ، أو التلاعب به بعض الشيء ؛ فالمريض الذي يعاني من الاعتماد على الكحول ، قد نراه فجأةً يُشخص باضطراب آخر - وبصورة مشابهة ، قد تغطي شركة التأمين معينة أتعاب العلاج للمريض من فئة تشخيصية معينة دون أخرى . أو ربما يتيح الحصول على تشخيص ما بستَ زيارات علاجية ، بينما يستدعي تشخيص آخر ما مقداره 15 جلسة . وبالتالي ، قد يتم التلاعب بالتشخيص ، بقصد أو بغير قصد .

عصاب الشراهة

أ. نوبات متكررة من تناول الطعام ، ويتم تمييز نوبة تناول الطعام بكلًا الأمرين التاليين :

(1) تناول كمية من الطعام في فترات متقطعة (خلال فترة ساعتين مثلاً) ، وهذه الكمية أكبر ختمًا مما يأكله معظم الأشخاص أثناء نفس الفترة الزمنية تحت نفس الظروف .

(2) الإحساس بفقدان السيطرة على تناول الطعام أثناء الفترة (مثل الشعور بأن الشخص لا يمكنه التوقف عن الأكل ، أو لا يمكنه التحكم بنوعية الطعام وكميته) .

ب. تكرار سلوك تعويضي غير ملائم بغرض منع زيادة الوزن ، مثل التقيؤ المتعمد ، أو إساءة استخدام المسهلات أو مدرّات البول أو الحقن الشرجية أو غيرها من الأدوية ، أو الصّوم ، أو الإفراط في التمارين الرياضية .

ج. ظهور الإسراف في تناول الطعام ، والسلوكيات التعويضية غير الملائمة ، بمعدل مرتين في الأسبوع على الأقل ، وعلى مدى ثلاثة أشهر ..

د. تأثير تقييم الذات بصورة كبيرة بشكل الجسم ووزنه .

هـ. عدم ظهور الاضطراب بشكل حصري أثناء فترات الشراهة .

تحديد النوع

النوع الإسهالي : أثناء النوبة الحالية من عصاب الشراهة ، كان الشخص يعتمد التقيؤ أو يسيء استخدام المسهلات أو مدرّات البول أو الحقن الشرجية بشكل منتظم .

النوع اللاإسهالي : أثناء النوبة الحالية من عصاب الشراهة ، كان الشخص يستخدم أشكالاً أخرى من السلوكيات التعويضية غير الملائمة ، مثل الصّوم عن الأكل أو الإفراط في التمارين ، إلا أنه لم يتقيأ بشكل متعمد أو يسيء استخدام المسهلات أو مدرّات البول أو الحقن الشرجية بشكل منتظم .

لقد بدأ ميدان الاضطرابات النفسية بالتصدي لهذه الصعوبات المتعلقة بالثبات ؛ وذلك من خلال تطوير المقابلات التشخيصية المقتنة (structured diagnostic interviews) والتي "تجبر" أخصائيي التشخيص بشكل أساسي على الالتزام بتقييم الأفراد وفقاً للمحكات الواردة في الدليل التشخيصي (DSM) فعلى سبيل المثال ، هنالك عدة مقابلات مقننة تقيم أوجه الاضطرابات الواردة في المحور الأول ، وعدد آخر من المقابلات التي تقيم اضطرابات المحور الثاني . وما يثير الاهتمام أن المستوى العام من الثبات التشخيصي الذي توصلت إليه الدراسات التجريبية تزايد بشكل كبير بعد إدخال هذه المقابلات المقتنة . ومن الواضح أن الالتزام ببناء هذه المقابلات وشكلها قد أدى إلى

زيادة ذات دلالة في ثبات التشخيص . ويعرض لنا الجدول 5-6 جزءاً مختصراً من مقابلة مقننة . وسنتحدث عن هذه المقابلات بشكل أكثر تفصيلاً في الفصل السادس .

على أية حال ، حتى مع استخدام المقابلات المقننة ، فقد لا يكون الثبات جيداً عبر جميع التصنيفات . فوجود الاضطرابات مقابل غيابها (مثل اضطراب القلق العام) قد تكون أمراً يصعب البتّ أو الحكم فيه . إضافةً إلى ذلك ، هناك تساؤلٌ حول مدى قدرة بعض الأخصائيين الإكلينيكين المنشغلين بعملهم اليومي ، على تكريس الوقت والجهد اللازمين لتقييم المحكات التشخيصية ذات العلاقة . لذلك ، يبدو أن معاملات الثبات لن تكون مرتفعة في مواقع العمل الروتيني اليومي بقدر ما هي عليه في دراسات البحث محددة البناء .

الصدق Validity

للثبات تأثيرٌ مباشر على صدق النظام التشخيصي . فطالما أن المشخصين يفشلون في الاتفاق على التصنيف الملائم للمريض ، لا يمكننا القول إن نظام التصنيف ذو ارتباطات دالة ؛ أي لا يمكننا القول إنه يتمتع بالصدق . وهذه الارتباطات المهمة تشمل كلاً من التكهّن بسير المرض ، نتائج التدخل العلاجي ، وإدارة أقسام المرضى ، والعوامل الإتيولوجية ، وهكذا . ومن دون الصدق التنبؤي ، يصبح التصنيف عبارة عن تمرين عقلي خالٍ من أية قيمة أو جدوى حقيقية . ولكن إذا ما استطاع التصنيف تحديد أسباب المرض بدقة ، أو تطوره ، أو الأشكال المفضلة من العلاج ، عندها إذن يكون قد وُضع أساسٌ صادق لاستخدام ذلك التصنيف .

الجدول 5-6 أسئلة تستخدم في تقييم اضطراب الشخصية المعتمدة

الحك 1 : الاعتمادية : الصعوبة في اتخاذ القرارات اليومية دون الكثير من النصائح والتطمينات من قبل الآخرين .

الأسئلة التي يتم طرحها :

يستمتع بعض الناس باتخاذ قراراتهم بأنفسهم ، بينما يُفضل بعضهم الآخر أن يخبرهم شخص ما بثقون به بما عليهم فعله . أيهما تفضل ؟

هل تلجأ عادةً إلى الآخرين للحصول على النصيحة حول قرارات يومية ، مثل اختيار طعام الغداء أو شراء الملابس ؟

الدرجات : 0 = غير موجود 1 = تحت العتبة 2 = موجود 3 = موجود بقوة

وأكثر المناحي السائدة في تحقيق صدق بناء تشخيص ما ، هي تلك التي تم توضيحها في مقال كلاسيكي لروبنز وجوز (N.L. Robins & Guze, 1970) فقد اقترحا خمس مراحل لاختبار الصدق التشخيصي لأية متلازمة ، ألا وهي : (أ) الوصف الإكلينيكي ، بما فيه وصف الخصائص المميزة التي تتجاوز أعراض الاضطراب (مثل الخصائص الديموغرافية) ؛ (ب) الدراسات المخبرية (وتشمل الاختبارات النفسية) لتحديد الارتباطات الدالة للتشخيص ؛ (ج) التمييز عن الاضطرابات الأخرى لضمان درجة من الاتساق بين الأفراد الذين يقعون ضمن تشخيص ما ؛ (د) دراسات المتابعة لتقييم ثبات التشخيص بإعادة الاختبار ؛ و(هـ) الدراسات التتبعية لمعرفة ما إذا كان الاضطراب يسري في الأسرة ، مما يشير إلى وجود عنصر وراثي في ذلك الاضطراب . إن أسلوب المراحل الخمس في تحقيق الصدق التشخيصي ما يزال مؤثراً حتى يومنا هذا . لا بل في الحقيقة ، إن معظم الأبحاث المعاصرة في علم الاضطرابات النفسية تمثل مرحلة أو أكثر من مراحل الصدق التي جاء بها روبنز وجوز .

التحيز Bias

بصورته المثالية ، فالنظام التصنيفي لا يكون متحيزاً في تشخيصه لأفراد من خلفيات متعددة ومتباينة (مثل اختلاف الجندر ، أو العرق ، أو المستوى الاجتماعي-الاقتصادي) . فصدق نظام التصنيف وجدواه يصبحان موضعاً للتساؤل ، إذا ما أدت المجموعة نفسها من السلوكيات للوصول إلى تشخيص معين لفرد ما ، ولكنها لم تؤدّ إلى التشخيص نفسه لدى فرد آخر . ولعل أكثر مجالين يتعرضان للتحيز ويلقيان اهتماماً كبيراً ، هما التحيز الجنسي والتحيز العرقي .

لقد هاجم بعض النقاد نظام الدليل التشخيصي (DSM) على أنه أداة تتركز حول الذكور ، وتبالغ في تقدير وجود الاضطرابات النفسية لدى النساء (M. Kaplan, 1983) ، بينما ينفي آخرون هذه التهمة (Kass, Spitzer, & Williams, 1983) لقد قدم ويديجر وسبيتزر (Widiger & Spitzer, 1991) تحليلاً مفاهيمياً مهماً لما يشكل تحيزاً جنسياً في النظام التشخيصي . فقد زعما بأن المحاولات السابقة في إثبات التحيز الجنسي في التشخيص لا تخلو من العيوب المفاهيمية والمنهجية . إضافة إلى ذلك ، فقد أسىء تفسير وفهم بعض نتائج الدراسات المبكرة (e.g., Broverman, Broverman, Clark, Rosenkrantz, & Vogel, 1970) (عد إلى ويديجر وسبيتل (Widiger & Settle (1987) لمعرفة تلك الأخطاء والعيوب في دراسة بروفرمان وزملائه) .

لقد ذكر ويديجر وسبيتزر أن وجود فروق جنسية في اضطراب ما لا تشير بذاتها أو في ذاتها إلى وجود تحيز جنسي في التشخيص ؛ ذلك أنه من الممكن أن يكون للعوامل البيولوجية أو الثقافية دور

في زيادة احتمال ظهور بعض المحكّات عند الرجال (أو النساء) للتشخيص باضطراب معين . فعلى سبيل المثال ، يتكرر تشخيص الرجال باضطراب الشخصية المعادية للمجتمع بصورة أكثر من النساء ، إلا أن هذا قد يكون نتيجةً للفروق البيولوجية (مثل التيستوستيرون) ، أو غيرها من العوامل التي تؤثر على الفروق بين الجنسين (مثل التوقعات الاجتماعية للعدوان لدى الرجال) . على أية حال ، قدّم ويديجر وسببترز من الأدلة ما يشير إلى احتمال وجود تحيز لدى الأخصائيين الإكلينكيين في الطريقة التي يتبعونها في تطبيق تشخيصاتهم على الرجال مقابل النساء ، حتى في الحالات التي تتشابه فيها الأعراض بينهما تماماً! ومع أن هذا يشير إلى وجود بعض التحيز في الطريقة التي يفسّر بها الإكلينيكيون المحكّات التشخيصية (أي إظهارهم للتحيز الجنسي) ، إلا أن هذا لا يعني وجود تحيز جنسي ضمن المحكّات التشخيصية نفسها . إن ما تشير إليه هذه النتائج هو أننا بحاجة إلى تدريب أفضل للأخصائيين العاملين في التشخيص ، وليس إلى تغيير المحكّات التشخيصية أو إصلاحها .

الشمولية أو التغطية Coverage

ومع وجود ما يقارب 400 تشخيص محتمل ، لا يمكن أن يُعاب الدليل التشخيصي الرابع المعدّل (DSM-IV-TR) على المحدودية في تغطيته للحالات التشخيصية المحتملة . فمعظم الظروف والحالات التي تأتي بالأفراد إلى الطب النفسي أو العلاج النفسي هي حالات يمكن تشخيصها بواسطة هذا الدليل . في حقيقة الأمر ، قد يشعر بعضهم بأن الدليل التشخيصي يميل إلى الناحية الأخرى ؛ أي أنه واسع جداً . فعلى سبيل المثال ، هناك مجموعة من اضطرابات النمو في الطفولة ، التي أُدرجت على أنها اضطرابات عقلية . فالطفل الذي يعاني من خلل في القراءة (dyslexia) ، أو من مشاكل لفظية كالتأتأة ، أو من صعوبات كبيرة في الحساب ، يتلقى تشخيصاً من الدليل (DSM-IV-TR) . ويتساءل كثيرون حول ملائمة تصنيف هذه الحالات على أنها اضطرابات عقلية ، أو حتى الفائدة من ذلك .

من الأمثلة الأخرى على احتمال الشمولية الزائدة للدليل التشخيصي الرابع المعدّل (DSM-IV-TR) إدخاله "اضطراب كرب ما قبل الحيض" كتصنيف تشخيصي مقترح . ويظهر هذا التشخيص ومحكّاته في ملحق يحتوي على المحكّات التشخيصية المطروحة للدراسات الإضافية . وقد احتجّت العديد من النساء بشدة على هذا التشخيص عند تقديمه أول مرة ؛ وذلك بحجة أن مثل هذا التصنيف يمكن استخدامه بسهولة للتمييز ضد النساء في ميادين عدة (كالتوظيف) . إن تشخيصات خلافية كهذه تثير تساؤل بعضهم حول ما إذا كان واضعو الدليل التشخيصي (DSM) قد تجاوزوا حدودهم كثيراً .

بالرغم من كون الصعوبات السابقة حقيقية وواضحة بشكل كافٍ ، إلا أن هناك عدداً من المشكلات غير المباشرة أو الخفية التي تظهر عند قبولنا بأنظمة التصنيف التشخيصية واستخدامنا لها . فعلى سبيل المثال ، تميل التصنيفات إلى خلق انطباع بأن الاضطرابات النفسية قائمة بحد ذاتها ؛ فمصطلحات من مثل الاضطراب ، الأعراض ، الحالة ، والمعاناة ، تشير إلى أن المريض ضحية لعملية مرضية . ولغة نظام كهذا يمكن أن تؤدي حتى بالملاحظين البارعين في النهاية إلى نظرة تفسر ردود الأفعال المتعلمة أو التفاعلات ما بين الشخص والبيئة على أنها عمليات مرضية .

إضافة إلى ذلك ، إذا لم نكن حذرين ، فقد نصل إلى الشعور بأن تصنيف الأشخاص هو أكثر إرضاءً من محاولة حل مشكلاتهم . وكما سنرى لاحقاً ، فالعلاج قد يكون عملية غير مؤكدة ، إضافة إلى أنها تستغرق وقتاً طويلاً ، وتكون محفوفة بالفشل . لكن الفرز (أو التصنيف) يمكن أن يشكل تعزيزاً فورياً ؛ فهو يزود الفرد بإحساس بالإغلاق (closure) ، وهو ، كما هو الحال في حل الكلمات المتقاطعة ، قد يؤدي إلى التخفيف من التوتر دون أن يكون له أية دلالة اجتماعية إيجابية طويلة الأمد .

كما أن النظام التصنيفي يلبي رغبة عامة بالنظر إلى المشكلات الحياتية على أنها مشكلات طبية ، يمكن التعامل معها بكل بساطة وسهولة ، من خلال حبة دواء أو حقنة أو مبضع طبي . إلا أن تعلم حل المشكلات النفسية عمل شاق لسوء الحظ . والطريقة الأسهل تتمثل في تبني وضع سلبي اعتماداً يتحرر فيه المريض من ألمه النفسي من خلال طبيب ذي خبرة . وبالرغم من أن مثل هذه النظرة قد تكون ناجعة في التعامل مع مشكلات طبية حرجية (ولكن ارجع إلى إنجيل - Engel, 1977) ، إلا أن قيمتها في مواجهة المشكلات النفسية الاجتماعية هي في أفضل الأحوال مشكوك بها .

هنالك مشكلة أخيرة غير مباشرة تتعلق باحتمال أن يؤدي التشخيص إلى الإضرار بالفرد الذي يتم تشخيصه ، وذلك بإعطائه وصمة دائمة . فالتشخيص قد يغلق الأبواب بدلاً من أن يفتحها في وجه المرضى الحاليين والسابقين . وغالباً ما يؤدي التشخيص إلى حجب الصورة الحقيقية للشخص ؛ فالمرقبون يرون الألقاب والتشخيصات ، لا الأشخاص الحقيقيين من وراءها . وعليه ، يمكن للألقاب أو التسميات أن تدمر العلاقات ، وأن تحرم الأشخاص من التوظيف أو الترقية ، وفي حالات متطرفة ، قد تؤدي إلى فقدان المرء لحقوقه المدنية . بل قد تشجع الألقاب بعض الأشخاص على الاستسلام وانتحال دور الشخص "المريض" .

أسباب السلوك غير السوي والاضطراب النفسي

Causes of Abnormal Behavior and Mental Illness

ناقشنا إلى الآن مسائل تتعلق بوصف وتعريف السلوك الشاذ/غير السوي ، إضافةً إلى أبعاد ومضامين تشخيص الأفراد وتصنيفهم - إلا أننا لم نذكر سوى القليل فيما يتعلق بالعوامل التي قد تُسبب السلوك الشاذ والاضطرابات النفسية . وبالرغم من أننا سنناقش عدداً من النماذج الإيتيولوجية للاضطرابات النفسية (etiological models of psychopathology) في الفصول التي تتناول التدخلات العلاجية ؛ إلا أنه من المفيد أن نتعرض لهذه النماذج هنا باختصار ، وذلك لإعطاء القارئ فكرة عن وجهات النظر السائدة .

الجدول 5-7 وصف مختصر لعدد من نماذج الاضطرابات النفسية

| النموذج | التفسير | مثال على السلوك غير السوي |
|--------------|--|---|
| البيولوجي | انحراف بعض عمليات الجهاز العصبي المركزي . | يكون حدوث الفصام نتيجة إفراط في النشاط الدوباميني للجهاز العصبي المركزي . |
| السيكودينامي | صراعات نفسية داخلية . | يُعزى رهَاب ما إلى تحويل الصراعات النفسية الداخلية نحو شيء خارجي يمكن تجنبه . |
| التعلمي | يتم تعلّم السلوك غير السوي بذات الطريقة التي يتم بها تعلّم السلوك السوي . | يتم تعلّم الرّهَاب عن طريق الإشراف الكلاسيكي . |
| المعرفي | نتيجة لأفكار غير تكيفية . | ينجم الاكتئاب عن النظرة السلبية إلى الذات والعالم والمستقبل . |
| الإنساني | الإهمال النسبي في نظرة الشخص لذاته ، والاعتماد الزائد على تقديرات الآخرين عندما يتعارض التفديران . | يكون اضطراب القلق لعام انعكاساً لحالتي الاعتماد الزائد وعدم التطابق . |

ويعرض لنا الجدول 5-7 نظرة عامة موجزة للنماذج الرئيسية المتعلقة بالاضطراب النفسي وتفسيراتها للسلوك غير السوي. وكما نرى، هناك اختلاف واضح بين بعض هذه النماذج التي تبحث في أسباب المرض من حيث نظرتها للسلوك غير السوي. وما لا شك فيه أن لهذه الاختلافات مضامينها المهمة في الطريقة التي يتبعها الأخصائي النفسي (الذي يتبع أحد هذه التوجهات النظرية) في التقييم والعلاج. فعلى سبيل المثال، من المرجح أن يقوم الأخصائي الإكلينيكي الذي يتبع النظرية المعرفية في الاكتئاب، باستخدام أدوات التقييم المبنية على أسس معرفية للتعرف على الإدراكات اللا تكيفية لدى المريض، واللجوء إلى التدخلات العلاجية المعرفية-السلوكية في علاجه للاكتئاب.

ومن النماذج العامة التي تبحث في أسباب الأمراض النفسية، والتي تجمع بين عدد من التوجهات النظرية المختلفة (كتلك الواردة في الجدول 5-6)، نموذج الاستعداد والضغط (diathesis-stress model) للاضطرابات النفسية (Davison, Neale, & Kring, 2004). وهو نموذج لا يرتبط بمدرسة فكرية واحدة، ويجمع بين العوامل البيولوجية والنفسية والبيئية. فالاستعداد يشير إلى القابلية أو التهيؤ لتطوير اضطراب ما. ويمكن أن يكون الاستعداد بيولوجياً (مثل التهيؤ الجيني المسبق، أو وجود عجز أو زيادة في نشاط النواقل العصبية)، أو نفسياً (مثل التصورات المعرفية اللا تكيفية، أو غط الشخصية اللا تكيفية). ويعد الاستعداد سبباً مهماً، لكنه ليس كافياً، لإحداث الاضطرابات النفسية؛ إذ يحتاج الأمر -إضافة إلى الاستعداد- إلى قدر كاف من الضغط البيئي. ويمكن أن تكون الضواغط بيولوجية في طبيعتها (مثل سوء التغذية) أو نفسية (كالبيئة الأسرية الضارة، أو الأحداث الحياتية الصادمة). فالاستعداد والضغط، كلاهما ضروري لإحداث الاضطراب. ووجود الاستعداد يزيد من احتمال تطوير الاضطراب، لكنه لا يضمن حدوثه. إضافة إلى ذلك، فمن الواضح أن طبيعة الاستعداد والضغط اللازمين لتطوير اضطراب معين تختلف ما بين اضطراب وآخر. وأخيراً، فمن المحتمل أن يكون التفاعل بين الاستعداد والضغط مرتبطاً أيضاً بطبيعة الاضطراب (انظر مثلاً مونرو وسيمونز 1991 (Monroe & Simons, 1991).

قيمة التصنيف *The Value of Classification*

تعد أنظمة التصنيف ضرورية جداً؛ وإلا فإن خبرتنا ومساحة وعينا ستصبح سلسلة مضطربة من الأحداث. ومن خلال عمليات التجريد واستخلاص أوجه التشابه والاختلاف ما بين الأحداث التي نخبرها، يمكننا وضع تصنيفات متباينة النطاق والأهداف، بحيث تتيح لنا التعميم والتنبؤ.

يُعنى علم النفس الإكلينيكي إلى حد كبير بتشخيص الأمراض العقلية وتصنيفها ومعالجتها . وعلى الرغم من أنه ليس كاملاً ، فسيبقى نظام الدليل التشخيصي الرابع المعدل (DSM-IV-TR) مُستخدماً من قبل الأخصائيين الإكلينيكين المعاصرين في بحوثهم واستشاراتهم وممارساتهم . نعم ، جميعنا نحمل -وستبقى لدينا- بعض أوجه عدم الاتفاق مع هذا الدليل ، أو مع أي نظام تشخيصي آخر . فأنظمة التشخيص لها مزاياها وعيوبها ، كما أن محكات الاضطرابات النفسية الفردية عرضة دوماً للخطأ (Widiger & Trull, 1991) وقد أتهم الدليل التشخيصي الرابع المعدل ذكماً الأدلة السابقة- لكونه ذا فائدة للباحثين الإكلينيكين أكثر من إفادته للممارسين منهم . وغالباً ما يكون هذا هو السبب الذي يجعل الأخصائيين الإكلينيكين يفشلون في استخدام الدليل التشخيصي القارئ قد اقتنع بأن الصياغات التشخيصية مهمة لما لها من قيمة تواصلية ، ومضامين علاجية ، بالإضافة إلى تسهيلها لعمليات البحث في مجال الاضطرابات النفسية .

ملخص الفصل Chapter Summary

يقوم الأخصائيون الإكلينيكيون بتشخيص المشكلات النفسية وتصنيفها . والإتيان بتعريف واحد شامل لما يمثل "الشذوذ" أو "عدم السواء" أمرٌ صعبٌ جداً . وقد استعرضنا في هذا الفصل إيجابيات وسلبيات المحكات الثلاثة الأكثر شيوعاً في تعريف السلوك الشاذ : الالتزام بالمعايير ، الضيق الشخصي ، والعجز أو الاختلال الوظيفي .

ويشير المرض النفسي إلى مجموعة من المتلازمات التي تُلاحظ بصورة متكررة ، بما تتضمنه من سلوكيات غير سوية مرافقة لها . وتشخيص الاضطرابات النفسية أو الأمراض العقلية يؤدي وظيفة التواصل ، ويعزز البحث العلمي ، كما يساعد في اقتراح الخيارات العلاجية الملائمة . والدليل التشخيصي الرابع المعدل (DSM-IV-TR) هو النظام التشخيصي الرسمي المستخدم في الولايات المتحدة الأمريكية (وفي أماكن أخرى أيضاً) .

وينبغي لأنظمة التصنيف التشخيصية أن تكون عملية ، ووصفية ، وثابتة ، وصادقة ، وغير متحيزة . كما عليها أن تقدم تغطية شاملة للمشكلات الإكلينيكية التي تتكرر مواجهتها . وأنظمة تشخيصية كهذه من شأنها أن تنهض بهذا الميدان من خلال تعزيز البحث العلمي المتعلق بالاضطرابات النفسية ، مما يتيح لنا البحث في مسببات المشكلات النفسية وطرق علاجها .

- المحور الأول (Axis I): المحور التشخيصي في الدليل التشخيصي الرابع المعدل (DSM-IV-TR) الذي يتضمن سائر الاضطرابات الإكلينيكية الموجودة ، ما عدا اضطرابات الشخصية والتخلف العقلي .
- المحور الثاني (Axis II): المحور التشخيصي في الدليل التشخيصي الرابع المعدل (DSM-IV-TR) الذي يشير إلى وجود اضطرابات الشخصية أو التخلف العقلي .
- المحور الثالث (Axis III): المحور التشخيصي في الدليل التشخيصي الرابع المعدل (DSM-IV-TR) الذي يشير إلى الشروط الطبية الراهنة ، التي يُعتقد بأن لها علاقة بفهم الاضطرابات التي تم تشخيصها في المحورين الأول والثاني ، ومعالجتها .
- المحور الرابع (Axis IV): المحور التشخيصي في الدليل التشخيصي الرابع المعدل (DSM-IV-TR) الذي يختص بالمشكلات النفسية والاجتماعية والبيئية التي تتعلق بتشخيص أو العلاج أو التنبؤ .
- المحور الخامس (Axis V): المحور التشخيصي في الدليل التشخيصي الرابع المعدل (DSM-IV-TR) الذي يتضمن ملحقاً رقمياً بالمستوى الوظيفي العام للفرد .
- التصنيفات (categories): عبارة عن تصنيفات مستقلة ومميزة . والعديد من الاضطرابات النفسية في الدليل التشخيصي الحالي تُعرض على أنها تصنيفية في طبيعتها ، مما يعني إمكانية الحكم على الأفراد بأنهم إما يعانون من الاضطراب ، أو لا يعانون منه .
- الالتزام بالمعايير (Conformity to norms): أحد التعريفات الثلاثة الأساسية للسلوك غير السوي ، وهذا التعريف يعتبر السلوك شاذاً إذا ما خرج عن المعايير الثقافية السائدة .
- النسبية الثقافية (Cultural relativity): في إطار التعريفات المنطلقة من الالتزام بالمعايير ، تشير إلى حقيقة أن الأحكام المتعلقة بالسلوك الشاذ تختلف من ثقافة لأخرى ، أو من ثقافة فرعية إلى ثقافة فرعية أخرى .
- نقاط القطع (cutoff points): في إطار التعريفات المنطلقة من الالتزام بالمعايير ، هي القيم الرقمية على اختبار أو استبانة ما ، التي تميز بين الأداء السوي وغير السوي .
- الاستعداد (Diathesis): في نموذج الاستعداد والضغط في الاضطرابات النفسية ، هو القابلية (الجينية أو النفسية مثلاً) لتطوير اضطراب نفسي معين .
- الأبعاد (dimensions): خطوط متصلة . وفي النظام التشخيصي وفق الأبعاد ، يُنظر إلى الأفراد على أنهم يقعون في نقطة ما على خط متصل ، يتراوح بين الغياب الكلي للاضطراب وظهوره بأشد صورته .

- العجز أو الخلل الوظيفي (disability or dysfunction) : أحد التعريفات الثلاثة الأساسية للسلوك غير السوي ، وهذا التعريف يعتبر السلوك شاذاً إذا ما أدى إلى ظهور مشكلات اجتماعية أو مهنية عند الفرد .
- الدليل التشخيصي الثالث (DSM-III) : الإصدار الثالث من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية ، الذي نُشر عام 1980 . وقد أدخل هذا الدليل تغييرات جذرية في النظام التشخيصي ، بما فيها محكات تشخيص صريحة وحيادية من ناحية إتيولوجية ، ونظام في التشخيص متعدد المحاور .
- الدليل التشخيصي الرابع المعدل (DS-IV-TR) : الإصدار الحالي من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية ، الذي نُشر عام 2000 .
- الضغط البيئي (Environmental Stress) : في نموذج الاستعداد والضغط للاضطرابات النفسية ، يتفاعل المثير الضاغط (كالبيولوجي أو النفسي) مع الاستعداد ، لينتجا اضطراباً نفسياً معيناً .
- العوامل الإتيولوجية (etiological factors) : العوامل السببية .
- النماذج الإتيولوجية للاضطرابات النفسية (etiological models of psychopathology) : النماذج السببية للسلوك الشاذ والأمراض النفسية ، التي لها أبعادها أيضاً في مجالي التقييم والعلاج . وتشتمل النماذج الإتيولوجية الأساسية للاضطرابات النفسية على نماذج بيولوجية ، وسيكودينامية ، وتعلمية ومعرفية .
- التقييم العام للوظائف (Global Assessment of Functioning-GAF) : الدرجات المقدمة على المحور الخامس ، والتي تعمل كملحق يبين المستوى العام لوظائف الفرد .
- الاضطراب النفسي (mental disorder) : متلازمة (أو مجموعة من السلوكات الشاذة) تحدث لدى الفرد وترتبط بالضيق أو العجز أو الزيادة في احتمال التعرض للمشكلات .
- المرض النفسي (mental illness) : مجموعة واسعة من المتلازمات الملاحظة بشكل متكرر ، والتي تتضمن سلوكات أو خصائص معينة شاذة .
- التقييم متعدد المحاور (multiaxial assessment) : تقييم المرضى وفق مجالات متعددة من المعلومات . ويتطلب الدليل التشخيصي الرابع المعدل (DSM-IV-TR) القيام بالتشخيص وفقاً لمحاور خمسة منفصلة ، يساعد كل منها في وضع خطة للعلاج والتنبؤ بنتائجه .
- التشخيص الأساسي (principal diagnosis) : التشخيص المسؤول بشكل رئيسي عن ضيق الفرد أو عجزه ، والذي ينبغي اعتباره محورياً لتركيز العلاج .
- أخصائي الاضطرابات النفسية (psychopathologist) : العالم الذي يدرس أسباب الاضطرابات النفسية والعوامل المؤثرة في تطورها أيضاً .

■ **الثبات (reliability):** في إطار التصنيف التشخيصي ، هو اتساق الحكم التشخيصي عبر المقيمين .

■ **التحيز الجنسي (sex bias):** في إطار التصنيف التشخيصي ، ينصح التحيز الجنسي إذا أدت مجموعة من السلوكيات إلى تشخيص معين لأفراد أحد الجنسين ، ولم تؤد إلى التشخيص نفسه عند أفراد الجنس الآخر . وبالرغم من أن المحكّات الحالية ليست متحيزة بحد ذاتها ، إلا أن الإكلينيكين قد يتحيزون في الطريقة التي يطبقون بها هذه التشخيصات على الذكور والإناث .

■ **المقابلات التشخيصية المبنية (structured diagnostic interviews):** صنف من أصناف المقابلات التي تقوم بالتقييم وفق محكّات محددة موجودة في الدليل التشخيصي .

■ **الضيق الشخصي (subjective distress):** أحد التعريفات الثلاثة الأساسية للسلوك غير السوي ، وهذا التعريف يعتبر الأشخاص غير أسوياء نفسياً عندما يكون إحساسهم بالصحة النفسية متدنياً ، و/أو يكون لديهم مستوى عالٍ من الضيق الشخصي .

■ **المتلازمة (syndrome):** مجموعة من الأعراض التي تميل إلى الظهور معاً .

■ **الصدق (validity):** في إطار التصنيف التشخيصي ، هو المدى الذي يرتبط به التشخيص بالمتغيرات الدالة ، كالعوامل الإتيولوجية (السببية) والتنبؤ بنتائج العلاج .

الباب الثاني

التقييم الإكلينيكي

■ الفصل السادس: المقابلة التشخيصية

■ الفصل السابع: تقييم الذكاء

■ الفصل الثامن: تقييم الشخصية

■ الفصل التاسع: التقييم السلوكي

■ الفصل العاشر: الحكم الإكلينيكي

6

الفصل السادس

المقابلة التشخيصية

The Assessment Interview

- 1- ما هي الأمور الأساسية التي ينبغي مراعاتها عند إجراء المقابلة التشخيصية؟
- 2- ما هي الأنواع الأكثر شيوعاً من المقابلات التشخيصية؟ صف كلاً منها باختصار.
- 3- ما هي أوجه الشبه والاختلاف بين المقابلات المقننة وغير المقننة؟
- 4- ما هي أنواع الصدق والثبات المتعلقة بتقييم المقابلة المقننة؟
- 5- لماذا يعدّ تقييم صدق المقابلة التشخيصية المقننة أمراً صعباً؟

محتويات الفصل:

- التقييم في علم النفس الإكلينيكي .
- المقابلة .
- أنواع المقابلات .
- ثبات المقابلات وصدقها .
- المقابلة : فنٌ وعلم .
- ملخص الفصل .

لقد كان التقييم ، وما يزال ، أحد الأنشطة المهمة للأخصائي الإكلينيكي . أشرنا في الفصل السابق إلى التقييم في إطار حديثنا عن تشخيص الاضطرابات النفسية ، وسيكون تركيزنا في هذا الفصل على إجراء المقابلات بوصفها أسلوباً أساسياً من أساليب التقييم . أما الفصول اللاحقة فستتناول تقييم الذكاء ، والشخصية ، والاضطرابات النفسية ، والسلوك ، إضافةً إلى عملية الحكم الإكلينيكي . وقبل أن نبدأ بالحديث عن تفاصيل المقابلة ، فلنتوقف قليلاً عند التقييم .

التقييم في علم النفس الإكلينيكي

Assessment in Clinical Psychology

كما ذكرنا في الفصل الثاني ، كان للتقييم النفسي - كميدان مستقل - فترات من الصعود ، وأخرى من الهبوط . ولم يَفُت أبيليز (Abeles, 1990) التعليق على "إعادة اكتشاف" التقييم مؤخراً بعد ما شهدته من انحدار في الاهتمام أثناء الستينيات والسبعينيات من القرن العشرين . لقد بقي العلاج النفسي هو المشروع الأكثر سحراً وجاذبية ، أما التقييم فلطالما اعتُبر "جائراً" بالنسبة للعملاء بطريقة أو بأخرى . كما بدا وكأن التزام علم النفس الإكلينيكي تاريخياً بالتقييم النفسي قد أخذ بالضعف والتراجع ، مع مرور الزمن . وأصبح التوجه السائد نحو التقييم هو : "دع التقنيين يتولّون القيام به!" ولكن في الثمانينيات من القرن العشرين ، ظهر تطوراً آخر في هذا الصعيد ؛ حيث بدأ الطلبة يبدون اهتماماً بهذا الاختصاص ، وراحوا يكتشفون علم النفس الجنائي (تطبيق علم النفس في المسائل القانونية) ، وأصبحوا مأخوذين بعلم نفس الأطفال الإكلينيكي ، والشيخوخة ، وحتى علم النفس العصبي .

لكن الاختصاص في مثل هذه المجالات ، يتطلب معرفة واسعة بمسائل التقييم . فلا يمكنك الإجابة عن أسئلة محام حول كفاءة المتهم ما لم تفهم إجراء تقييم شامل ومتعمق له عن طريق الاختبارات أو المقابلات أو الملاحظة . كما لا يمكنك البت في مسائل تتعلق بوجود تلف عصبي أو اضطراب عقلي مثلاً ، إلا بعد إجراء تقييم للعميل . وكما يقول أبيليز (1990) :

إنني أعتقد ، وبقوة ، أن إحدى الإسهامات المميزة للأخصائي الإكلينيكي هي قدرته على تقديم البيانات التقييمية . فقد عاد التقييم ليصبح مرة أخرى ذا قيمة عالية ، وأصبح جزءاً لا يتجزأ من علم النفس الإكلينيكي . وهو في رأيي مساو في أهميته للتدخل والعلاج النفسي ، إذ يعد أحد الأنشطة الحيوية في علم النفس الإكلينيكي . فدعونا نواصل إعادة اكتشاف التقييم! (ص 4) .

يمكن تعريف التقييم الإكلينيكي رسمياً بطرق عديدة . فهو يتضمن تقديراً لنواحي قوة الفرد وضعفه ، وفهم المشكلة قيد الاهتمام (والعوامل الإتيولوجية المحتملة أيضاً) ، وتقديم وصف علاجي يمكنه التخفيف من المشكلة ؛ كل هذه الأمور مجتمعة من شأنها أن تقودنا إلى فهم العميل بشكل أفضل . والتقييم ليس أمراً نقوم به لمرة واحدة ثم ينتهي إلى الأبد ، بل إنه -في العديد من الأحوال- عملية مستمرة ، لا بل عملية يومية كما هو الحال في العلاج النفسي . وسواء كان الأخصائي الإكلينيكي بصدد اتخاذ قرار ما أو حل مشكلة معينة ، فإن التقييم الإكلينيكي هو سبيله حتى النهاية .

من منا لا يعرف الهدف من التشخيص أو التقييم حدسياً؟ فقبل أن يقوم الأطباء بوصف الدواء ، عليهم أولاً أن يفهموا طبيعة المرض . وقبل أن يقوم السباكون بلحم الأنايب ، عليهم أولاً تحديد طبيعة المشكلة وموقعها .

وما ينطبق على الطبيب والسباك ، ينطبق أيضاً على الأخصائي الإكلينيكي . وإذا ما وضعنا جانباً بعض الحالات التي يلعب فيها الحظ دوراً كبيراً ، فإن قدرتنا على حل المشكلات الإكلينيكية ترتبط مباشرة بمهارتنا في تعريفها . ومعظمنا يتذكر قول والديه بنبرة صارمة : "فكر قبل أن تتصرف!" ومنطقياً ، فهذا هو جوهر عملية التقييم أو التشخيص . ولتوضيح هذه الفكرة ، لنقرأ المثال التالي :

حالة بيلي ج .

كان بيلي طالباً في الصف الثالث ، ويعاني من مشكلات عدة . وقد كشفت تقارير معلمته عن ظهور عدد من المشكلات السلوكية لديه في الصف . فقد كان بيلي مزعجاً وكثير الكلام ، وكان تفكيره يتشتت بسهولة . كما كان عدوانياً ويضرب الأطفال الآخرين أحياناً . وكانت سلوكياته اندفاعية ومتقلبة ، ونشاطه زائداً بشكل واضح . وقد أصبح مصدر تشتت تام في غرفة الصف .

وبعد عدة لقاءات مع المعلمة ، اقتنع والدا بيلي بأن المشكلة لم تكن مسؤولية المدرسة وحدها . وبالفعل ، فإن كثيراً من سلوكيات بيلي كانت تنعكس في المنزل ، حيث تصعب السيطرة عليه أيضاً . وقد انحدرت علاماته المدرسية بشكل كبير في الأشهر الأخيرة ، إلا أن والديه لم يستطيعا تصديق وجود مشكلة لديه من حيث الذكاء . وبالتالي ، بدا لهما أن التفسير لا بد أن يكمن في العوامل الجسمية أو الانفعالية .

وقد كان فرارهما الأول هو اصطحاب بيلي إلى طبيبة العائلة ، والتي لم تجد أي خلل جسدي ، واقتربت على الوالدين أن يذهبا به إلى مختص عصبي . وبعد الفحص العصبي الشامل ، بما في ذلك التخطيط الكهربائي للدماغ والتاريخ السلوكي والطبي الشامل ، لم يتمكن الأخصائي العصبي من التوصل إلى تشخيص نهائي .

لم يكشف تاريخه الطبي عن أية صدمات أثناء الولادة ، أو إصابات في الرأس ، أو أية عوامل خطيرة تشير إلى الإصابة بأمراض عصبية . وفي الوقت نفسه ، كان التاريخ السلوكي الذي يشتمل على تقارير المدرسين ، وملاحظات الوالدين ، وملاحظات الأخصائي العصبي نفسه ، يؤكد وجود مشكلة لديه حتماً .

وكان الأخصائي العصبي يميل إلى تشخيص المشكلة باضطراب عجز الانتباه والنشاط الزائد (Attention Deficit / Hyperactivity Disorder - ADHD) . على أية حال ، فقد كان هذا الأخصائي العصبي ذا توجه نفسي ؛ إذ شعر بوجود علاقة متوترة وعدوانية إلى حد ما بين الوالدين . وأثناء حديثه مع الوالدين ، علم أيضاً أن الأب نادراً ما كان يتواجد في المنزل ، وبدأ أنه مُشغَل بظروفه في التقدم في مجال عمله . وليس أمام الأم ، إزاء شعورها بالإهمال ، سوى المشاركة المفرطة في خدمة المجتمع والنشاطات الاجتماعية . وعند عودة بيلي من المدرسة ، كان يجد أمه دائماً تلعب لبريدج ، أو تحضر لجمع التبرعات أو التسوق . وبدأ واضحاً أن أياً من الوالدين لم يكن يولي بيلي وقتاً كافياً . وفي الحقيقة ، عندما ظهرت مشكلات بيلي في المدرسة ، حينها فقط بدأ أن والديه انتبها إلى وجوده أصلاً .

بالتالي ، واجه الأخصائي العصبي معضلة تشخيصية . ولأن الأدوية المنبهة (مثل الريتالين) عادة ما تكون فعالة في مثل هذه الحالات ، فقد يكون هذا طريقاً يمكن اللجوء إليه . ولكن من ناحية أخرى ، يبدو بالفعل أن هنالك خطأ من الرفض الوالدي ، الذي ربما يكون سبباً للمقاومة عند بيلي . وبالتالي ، فقد يكون "النشاط الزائد" محاولة منه لجذب اهتمام الوالدين ومن يمثلهما (المعلمون) . ومثل هذا السياق قد يتضمن توصيةً بالعلاج النفسي للوالدين كما لبيلي أيضاً .

وقد كان الأخصائي العصبي قلقاً من إعطاء تشخيص خاطئ . فالأدوية لها آثارها الجانبية ، وقد تُفاقم المشكلة . إضافةً إلى ذلك ، إن لم تكن المشكلة هي تشتت الانتباه والنشاط الزائد ، فإن ردود الفعل السلوكية لبيلي إذاً قد تتعزز وسيهدر الكثير من الوقت . وقد يصبح العلاج النفسي أكثر صعوبة . كما أن تشخيصه بهذا الاضطراب قد يزيد من عدم تقبل الأهل لدورهما في ما يواجه بيلي من صعوبات سلوكية . ومن ناحية أخرى ، لنفترض بأن الأسرة سلكت درب العلاج النفسي ، لتجد في وقت لاحق أن المشكلة كان يمكن علاجها عن طريق الأدوية . عندها سيكون قد هُدر كثير من الوقت الثمين ، وربما حدث أذى جسدي كان يمكن تجنبه .

وعليه ، أصبحت مسألة التقييم مسألةً اختياريةً تتراوح ما بين تفسيرين لمشكلة بيلي : السلوكي والبيولوجي . ولكل منهما مضامينه العلاجية المختلفة . ولمواجهة هذه الصعوبة ، قرر الأخصائي العصبي إحالة بيلي إلى أخصائي في علم نفس الأطفال الإكلينيكي ، يُتوقع منه أن يطبق عدداً من اختبارات الذكاء واختبارات الشخصية . وأن يجري مقابلات مع الوالدين بصورة أعمق ، وأن يلاحظ بيلي في مواقف مختلفة . وقد كان الأخصائي العصبي يأمل أن يساعده تقرير الأخصائي النفسي - إضافةً إلى النتائج العصبية التي وجدها - في التوصل إلى نتائج تشخيصية وقرارات علاجية أكثر إلماً بالموضوع .

تبدأ عملية التقييم بالإحالة ، إذ يقوم شخص ما (أحد الوالدين ، المعلم ، الطبيب النفسي ، القاضي ، أو حتى الأخصائي النفسي) بطرح سؤال حول المريض : "لماذا لا تقبل جوان طاعة الأوامر؟" ، "لماذا لا تتعلم إيسيا القراءة كباقي الأطفال؟" ، "هل يعود الضعف في المخزون السلوكي لدى المريض إلى قلة فرص التعلم ، أم أنه محاولة يسعى من خلالها المريض إلى تجنب العلاقات الحميمة ، مع أشخاص آخرين قد يشكلون تهديداً؟" .

وهكذا ، يبدأ الأخصائي الإكلينيكي بـ "سؤال الإحالة" (referral question) . ومن المهم أن يبذل جهده في فهم ماهية هذا السؤال بالتحديد ، أو ما يسعى مصدر الإحالة لمعرفته . في بعض الأحيان ، قد يكون من المستحيل الإجابة عن سؤال الإحالة ، وفي أحيان أخرى قد يرى الأخصائي الإكلينيكي أن الإجابة المباشرة عنه ليست بالأمر المناسب ، أو أن السؤال بحاجة إلى إعادة صياغة . فعلى سبيل المثال ، قد يرى الأخصائي أن السؤال : "هل يمكن لهذا المريض ارتكاب جريمة؟" سؤال لا يمكن الإجابة عنه ما لم تتوافر معلومات أخرى حول الموقف . وهنا ، يمكن إعادة صياغة السؤال ليتضمن احتمالات تتعلق بمواقف محددة . وفي مثال آخر ، إذا ما أراد والدا طفل ما أن يختبرا ذكاء طفلهما لمجرد تحديد نسبة ذكائه ، ولرغبة نرجسية على الأغلب ، فقد يرى الأخصائي أن تقديم مثل هذه المعلومات ربما يكون أمراً مؤذياً للطفل في النهاية أكثر من كونه إيجابياً ؛ فمعظم الآباء لا يمتلكون الخلفية السيكومترية اللازمة لفهم ما تعنيه نسبة الذكاء ، وقد يُسيئون تفسيرها . وبالتالي ، فقبل التسرع بالموافقة على استقبال مثل هذه الإحالة ، ينبغي على الأخصائي الإكلينيكي أن يكون على مستوى من الاطلاع يمكنه من مناقشة مثل هذه الأمور مع الوالدين .

ما هي العوامل المؤثرة في طريقة تعامل الأخصائي الإكلينيكي مع سؤال الإحالة؟

What Influences How the Clinician Addresses the Referral Question?

عادةً ما يتأثر نوع المعلومات التي نبحث عنها بالتوجه النظري للأخصائي الإكلينيكي . فعلى سبيل المثال ، قد يكون الأخصائي السيكدونامي أكثر ميلاً إلى التحري عن خبرات الطفولة المبكرة ، مقارنةً بالأخصائي السلوكي . وفي حالات أخرى ، قد تكون المعلومات التي تم الحصول عليها متشابهة ، لكن الاستنتاجات التي يتوصل إليها الأخصائيون بناءً على هذه المعلومات تكون مختلفة . فالصداع المتكرر مثلاً ، قد يُشير إلى وجود عدائية كامنة بالنسبة للأخصائي السيكدونامي ، ولكنه بالنسبة للأخصائي السلوكي ليس سوى دليل على ضغوط العمل . وبالنسبة

لبعض الأخصائيين ، تعد بيانات تاريخ الحالة مهمة جداً ، لأنها تساعد على تطوير هرم من المواقف المثيرة للتوتر ، بينما تعد بالنسبة لأخصائيين آخرين طريقة لتأكيد فرضيات تتعلق بأحتياجات العميل وتوقعاته .

إذن ، فالتقييم ليس مجموعة من الإجراءات المقننة بشكل تام . فلا يُعطى جميع العملاء الاختبارات نفسها ، ولا تُطرح عليهم الأسئلة نفسها . فالهدف من التقييم ليس اكتشاف "الجوهر الحقيقي النفسي" للعميل ، بل وصف ذلك العميل بطريقة تفيد مصدر الإحالة . وهذا لا يعني بالطبع أن وصفاً ما للحالة يماثل في نوعيته وصفاً آخر لها . فالصياغات المعرفية- السلوكية للحالة الواحدة ليست دائماً متماثلة ؛ فقد تتفاوت بين الأخصائيين من حيث ضعفها أو قوتها أو جودتها ، حتى أن بعض الصياغات قد تقترب من الوصف السيكودينامي أكثر من الوصف السلوكي . ونتيجةً لتعقيد هذا الميدان ومعرفتنا المحدودة به ، نجد أحياناً أكثر من طريق جيد يؤدي إلى روما .

المقابلة The Interview

تعتبر المقابلة تقنية أساسية في جمع البيانات واتخاذ القرارات ، لدى جميع التخصصات تقريباً . فسواء بالنسبة للسياسيين ، أو جماعة المستهلكين ، أو الأطباء النفسيين ، أو الموظفين ، أو الناس عموماً ، تعد المقابلة دوماً أداة مهمة . وكما هو الحال في أي نشاط يتم القيام به بشكل متكرر ، فقد يعتبر الناس المقابلة أمراً مسلماً به أحياناً ، أو يعتقدون أنها لا تحتاج إلى أية مهارات خاصة ، وربما يكون من السهل عليهم المبالغة في تقديرهم لفهم عملية المقابلة . وبالرغم مما يبديه بعض الأفراد من توجس إزاء الغموض الذي تنطوي عليه الاختبارات الإسقاطية ، أو من إعجاب بالتعقيدات السيكومترية التي تحملها الاختبارات الموضوعية . فهناك تشابه بسيط بين هذه الاختبارات وبين المقابلة ؛ إلا أنه تشابه مضلل .

إن المقابلة التشخيصية تقنية أساسية في العمل الإكلينيكي ، وهي أكثر الأدوات التي يستخدمها الأخصائيون الإكلينيكيون شيوعاً وفائدةً . وعندما تُستخدم من قبل أخصائي إكلينيكي ماهر ، فإن مدى تطبيقها ومرونتها يجعلان منها أداة رئيسية في عمليات اتخاذ القرارات والفهم والتنبؤ الإكلينيكي . ولكن لكي نصل إلى كل هذه المعلومات ، علينا أن نتذكر أن الفائدة الإكلينيكية للمقابلة قد لا تكون أكثر أهمية من مهارة الإكلينيكي الذي يستخدمها ، وحساسيته . وسنناقش في هذا الجزء بعض الخصائص الأساسية للمقابلة الإكلينيكية ، إضافةً إلى ما تتطلبه المقابلة من مهارات وتقنيات مختلفة ، على الأخصائي الإكلينيكي أن يتمكن منها .

التفاعل المتبادل An Interaction

المقابلة تفاعل يتم بين شخصين على الأقل ، لكل مشارك فيها مساهمته وتأثيره في استجابات الآخر . على أن هذه الخاصية لا تكفي لتعريف عملية المقابلة ؛ فالمحادثة الاعتيادية تفاعل أيضاً ، إلا أن المقابلة تذهب إلى أبعد من ذلك بالتأكيد . فهي - كما المحادثة - تتضمن التفاعل أو التبادل اللفظي وجهاً لوجه ، إلا أن المقابلة الإكلينيكية تتميز بسعيها إلى تحقيق هدف أو مجموعة من الأهداف . وعلى الشخص الذي يقوم بإجراء المقابلة أن يوجه التفاعل بشكل هادف ، وأن يتحمل مسؤولية الإبقاء على مسار المقابلة ، والسير بها نحو الهدف . وبالتالي ، فإن الصيغة البسيطة وغير الرسمية التي تميز المحادثة العادية لا تنطبق هنا على المقابلة . ويمكن القول إن المقابلة الجيدة هي تلك التي يُخطط لها بدقة ، ويتم تنفيذها بتأن ومهارة ، وتكون موجهة نحو هدف ما طيلة فترة إجرائها .

ومن الواضح أن المقابلة تأخذ أشكالاً متعددة ، ويتسع مداها من السعي وراء الحقائق ، إلى إطلاق الانفعالات ، إلى الاستجواب . وعلى أية حال ، فجميع أشكال المقابلة المهنية تخلو عادةً من عنصر أساسي يميز المحادثة الاعتيادية : وهو أن الذين يُجرون المقابلة لا يجرونها بهدف الحصول على رضا شخصي أو تحسين صورتهم الاجتماعية ؛ وإنما بهدف جمع البيانات أو المعلومات حول الفرد ، أو التعرف إلى ما يحمله من معتقدات أو توجهات ، بأكثر الأساليب المتاحة مهارةً .

المقابلات مقابل الاختبارات Interviews Versus Tests

تقع المقابلة منطقياً في موقع ما بين المحادثة العادية والاختبار ؛ فهي منظمة وموجهة نحو هدف محدد أكثر من المحادثة ، لكنها أحياناً أقل تحديداً أو تقنياً من الاختبار النفسي . ويُستثنى من ذلك المقابلة التشخيصية المقننة - والتي سيتم الحديث عنها لاحقاً في هذا الفصل - ، إذ أنها تشبه الاختبار النفسي المقنن من عدة نواحٍ .

إن السمة المميزة للاختبار النفسي هي جمع البيانات تحت ظروف معيارية ، وذلك بأوضح الطرق والإجراءات . أما المقابلات فمعظمها يسمح بهامش من المرونة في التطبيق . وبالتالي ، تنفرد المقابلة بما تتيحه من حرية استخدام الأساليب الفردية والفعالة في جمع البيانات . على أن هذه المرونة قد تشكل نقطة قوة وضعف معاً للعديد من أساليب المقابلة . فمع أنه يمكننا السعي للحصول على المعلومات بطريقة تبدو ملائمة للمريض س ، إلا أن هناك احتمالات قوية من الخطأ أو عدم الثبات التي تبقى قائمة . وسنتناول لاحقاً المزيد من الأمور المتعلقة بثبات المقابلة وصدقها في هذا الفصل .

كثيراً ما يُنظر إلى المقابلة على أنها فن . وباستثناء المقابلات المقننة ، هناك مساحة من الحرية في توظيف الأخصائي الإكلينيكي لمهاراته ومصادره الذاتية ، وهو أمر لا يتوفر عادةً في الإجراءات الأخرى المستخدمة في التقييم . فقرارات مثل ، متى نقوم بسبر الأغوار ، أو متى نصمت ، أو متى نستخدم الأساليب الخفية غير المباشرة ، كلها تشكل تحدياً لمهارات الشخص الذي يقوم بإجراء المقابلة . ومع الخبرة والممارسة ، يتعلم المرء تدريجياً كيفية الاستجابة للإشارات التي تصدر عن العميل بطريقة أكثر حساسية ، الأمر الذي يخدم أهداف المقابلة في النهاية (Shea,1998) .

على أية حال ، من المهم أن نتذكر أن هنالك الكثير من الأبحاث الجيدة التي أجريت حول المقابلة . وعليه ، فهناك قاعدة متينة من الأبحاث العلمية حول المقابلة . وهذا يعني عملياً أن المبتدئين لا يحتاجون إلى الاعتماد المطلق على تراكم الخبرات بطريقة قد تكون بطيئة ومضنية أحياناً ، بل يمكنهم الاستفادة من هذا الكم الواسع من الأبحاث المتعلقة بالمقابلة ، والذي يشكل أساساً علمياً لفنهم (Garb,1998; Wiens,1983) .

أساسيات المقابلة وتقنياتها Interviewing Essentials and Techniques

هنالك العديد من العوامل التي تؤثر في جدوى وفعالية البيانات التي يتم الحصول عليها من خلال المقابلة . بعضها يتعلق بالترتيب الفيزيقي ، وبعضها الآخر يرتبط بطبيعة المريض . فالمريض الصامت أو قليل التواصل قد لا يكون متعاوناً ، وذلك بغض النظر عن مستوى مهارة الشخص الذين يجري المقابلة ، وقليلون هم الذين يكونون فعالين مع جميع المرضى . على أية حال ، هناك عدة عوامل أو مهارات يمكن أن تزيد من إنتاجية القائم بالمقابلة . ويعد التدريب العملي والخبرة تحت إشراف أخصائيين مؤهلين أموراً غاية في الأهمية في هذا السياق . كما أن ما يعتبر تقنية فعالة بالنسبة لأخصائي معين قد لا يكون كذلك بالنسبة لأخصائي آخر ، فالتفاعل ما بين التقنية والأخصائي يعد من الأمور الحاسمة هنا . ولهذا السبب ، يُعتبر اكتساب الخبرة تحت الإشراف المختص ذات أهمية كبيرة ؛ إذ يتيح للشخص الذي يجري المقابلة فرصة التوصل للوعي والمعرفة بطبيعة هذا التفاعل .

وعليه ، فإن التدريب لا يتضمن حفظ القواعد فحسب ، وإنما المعرفة المتنامية بالعلاقات ما بين تلك القواعد ، والموقف الفعلي والعياني الذي تتم مواجهته ، وتأثير المرء نفسه في موقف المقابلة .

الشروط الفيزيائية The Physical Arrangement

يمكن إجراء المقابلة في أي موقع يمكن لشخصين أن يلتقيا فيه ويتفاعلا معاً . في بعض الأحيان يحدث ذلك بطريق الصدفة ، كمقابلة المريض في الشارع مثلاً . ولا يختار الإكلينيكي عادةً مثل هذا

الموقع ، ولكن احتياجات العميل ، أو درجة إلحاح الموقف أو ضرورته ، أو حتى الصدفة المطلقة أحياناً ، قد تجعل حلول مثل هذه المقابلة أمراً لا مفر منه .

ومن الواضح أن هنالك عدداً من الشروط الفيزيائية التي ينبغي توافرها بشكل خاص أثناء المقابلة . ولعل أهم الاعتبارات التي يجب مراعاتها هي الخصوصية وتجنب المقاطعة . فلا شيء سيء إلى استمرارية المقابلة مثل رنة هاتف ، أو سؤال من المساعد الإداري ، أو طرق باب لا تحترم خصوصية الموقف . إن مثل هذه التدخلات تُعدّ مُدمرة إلى حد كبير . ولكن الأهم من ذلك هو الرسالة الكامنة وراء ذلك ؛ وهي أن المريض ومشكلته يحتلان مكانة ثانوية . ففي النهاية ، لا يمكن للمساعد أن يطرقوا الباب أو يقوموا بتحويل مكالمات هاتفية للأخصائي إذا ما تم توجيه التعليمات إليهم بعدم القيام بذلك .

ولأن غياب الخصوصية يؤدي إلى العديد من النتائج الضارة ، فإن عزل الصوت يعد مهماً جداً . فإذا ما كان الضجيج في الردهات أو المكاتب المجاورة مسموعاً ، فإن هذا سيقود العميل إلى الافتراض بأن صوته يمكن أن يُسمع في الخارج أيضاً . وقليلون هم المرضى القادرون على الانفتاح والتجاوب في ظل ظروف كهذه .

ويمكن أن يكون مكتب الأخصائي أو الأثاث مشتتاً بقدر ما يفعل صوت عالٍ أو ضجيج خارجي . وفي هذا المجال ، نجد بعض القواعد البسيطة ، التي يعتمد كثير منها على الذوق الشخصي . وعلى أية حال ، فالعديد من الإكلينيكين يفضلون المكاتب البسيطة والأنيقة في الوقت نفسه . وباختصار ، فالمكتب المؤثث بطريقة تلفت الانتباه أو تثير الملاحظة أو الانتقاد ليس بالمكتب المثالي . والمعالج الذي يلعب الجولف لا يحتاج إلى تحويل عيادته إلى مزار لأولئك الذين المهتمين بملاحقة الكرة ، وكذلك المعالج المولع بالسيارات القديمة ، فلا ينبغي عليه أن يملأ مكتبه بصور لموديلات سيارات فورد لعام 1928! بهذا المعنى ، فخير الأمور أوسطها ؛ فلا يجب أن يكون المكتب بارداً وباهتاً ، ولا أن يكون صارخاً وملثماً بالأشياء الملفنة للانتباه .

المقابلة باستخدام الحاسوب : هل من الضروري استخدام الإكلينيكيين؟

لقد تنامت في السنوات الأخيرة المقابلة باستخدام الحاسوب (computer interviewing) ، حيث استخدمت الحواسيب بغرض الحصول على لتاريخ الطبقي النفسي ، وتقويم بعض المشكلات ، وإجراء التقييمات السلوكية ، والمساعدة على تشخيص الاضطرابات النفسية (First, 1994; Griest, 1998; Kobak, Griest, Jefferson, Katzelnick, 1996) . وقيل إن استخدامات الحاسوب هذه لها إيجابيات عدة (Erdman, Klein & Griest, 1985; First, 1994; Griest, 1998) . فالحاسوب يقوم دائماً بطرح جميع الأسئلة المطلوبة ، ونسبة الثبات تصل إلى 100٪ . وبالنسبة لبعض المرضى على الأقل ، فمن الأسهل عليهم والأقل حرجاً لهم ، أن يتعاملوا مع شيء جامد بدلاً من كائن حي يتمثل بشخص الاختصاصي الإكلينيكي . وفي الوقت نفسه ، فالحواسيب غير شخصية بالطبع ، وربما يقول بعضهم إنها تقلل من قيمة الأشخاص . ثم إن المقابلات المقننة فقط هي التي يمكن تطبيقها باستخدام الحاسوب ، والتي تخلو من المرونة في التطبيق (First, 1994) . فمن غير الممكن مثلاً طرح أسئلة إضافية بهدف التوضيح ، عندما تكون استجابة العميل غير واضحة . كما لا يمكن التلاعب بصياغة الأسئلة وترتيبها بحيث تفي بالاحتياجات الخاصة للمرضى منفردين . إلا أن المقابلات باستخدام الحاسوب أظهرت فائدها في التعرف على الأعراض الموجودة لدى العملاء (Farrell, Complair, & McCullough, 1987) .

وتوجد أيضاً صوراً محوسبة من المقابلات التشخيصية أيضاً ، إذ يمكن مثلاً تطبيق جدول المقابلة التشخيصية المحوسب المنقح (Computerized Diagnostic Interview Schedule - Revised-CDISR) (Blouin, 1991) باستخدام حاسوب شخصي ، يقيم مدى وجود وشدة الأعراض المرتبطة بأكثر من 30 تشخيصاً للاضطرابات النفسية على المحاور الأولى (مثل الاكتئاب الأساسي ، الاعتماد على الكحول ، اضطراب الهلع أو الفزع) . وقد كانت نتائج الدراسات التي قارنت ما بين صور المقابلة المطبقة حاسوبياً ، وجداولها المطبقة من قبل شخص يجري المقابلة ، ذات نتائج مشجعة (Blouin, Perez, Blouin, 1988; Griest et al., 1987) .

وأخيراً ، فلماذا يثير الاهتمام ملاحظة أن استخدام المقاييلات المحوسبة قد سار خطوة أخرى إلى الأمام . فقد أفصح باير وزملاؤه (Bayer et al., 1995) عن بيانات أولية حول نظام المقابلة بهاتف آلي ، يستخدم الأصوات الحاسوبية المسجلة رقمياً ، واستجابات اللمس والتغمة (touch-tone) ، لتقييم احتمالات وجود أعراض الاكتئاب لدى أفراد المجتمع . وفي هذه الدراسة ، تم عرض اختبارات مسح هاتفية على أفراد المجتمع ، وعقد الاتصال بالرقم المجاني ، كان يتم طرح سلسلة من الأسئلة حول مختلف أعراض الاكتئاب على كل متصل . وكان المتصلون يجيبون عن الأسئلة باختيار رقم معين من لوحة أرقام الهاتف ، وهناك اختيار يتيح إعادة طرح السؤال . وقد تم سرد جميع النصوص من قبل ممثل ومثلة محترفين . وكان يتم تقديم تغذية راجعة فورية حول مستوى الاكتئاب (لا اكتئاب ، اكتئاب خفيف أو متوسط ، اكتئاب مزمّن أو شديد) ، وذلك لكل متصل . وقد تم إعطاء الأرقام المجانية لعدد من الأخصائيين الصحيين لنحها لجميع المتصلين الذين استجاباتهم تشير إلى المستويات الدنيا من الاكتئاب على الأقل .

هل يعني استخدام هذه التطبيقات الحاسوبية التخلي عن الأخصائيين الإكلينيكين ، واعتبارهم بلا جدوى؟ لا يعتقد فيرست (First, 1994) -وغيره- أن الأمر كذلك . وبالرغم من إدراكه للإيجابيات المختلفة للتقييم الإكلينيكي بواسطة الحاسوب ، إلا أنه يورد عدة أسباب لعدم إمكانية استبدال الحاسوب بالإكلينيكين حالياً :

- هنالك العديد من الإشارات غير اللفظية (كتعبيرات الوجه أو التغييرات الصوتية) لا يمكن للمقاييلات المحوسبة التعرف عليها في الوقت الحاضر .
- لا نمتلك الآن تقنية حاسوبية يمكنها معالجة اللغة غير المقيدة (أي الاستجابات الحرة للمريض ، التي تكون مطبوعة أو مُدخلة استجابةً لتحريرات الحاسوب) .
- الإكلينيكيون فقط هم الذين يمكنهم ترميز ومعالجة المعلومات المتعلقة بتطور الاضطراب النفسي أو التسلسل الزمني للأعراض .
- الإكلينيكيون فقط هم الذين يمكنهم إطلاق "حكم إكلينيكي" ، وهو العتبة القصمية للدلالة الإكلينيكية .

على أية حال ، من المهم ملاحظة أن النصائح التقنية قد تلغي عدداً من النقاط التي أوردها فيرست ، وفي الفصل العاشر سنقوم بمناقشة الحكم الإكلينيكي ومحدودياته أيضاً .

في النهاية ، ينبغي تدوين جميع أشكال الاتصال مع العميل وتوثيقها ، ولكن هنالك بعض الخلاف حول وجوب أخذ الملاحظات أثناء المقابلة . وعموماً ، فبالرغم من قلة الشروط المتعلقة بذلك ، يبدو من المرغوب به - بين الحين والآخر - أخذ الملاحظات أثناء المقابلة .

إن بعض الكلمات أو العبارات الرئيسية التي يتم تدوينها كقيلة بمساعدة الإكلينيكي على استرجاع المقابلة أو تذكرها . ومعظم الإكلينيكيين قد يساورهم الشعور أن مادة المقابلة شديدة الأهمية بحيث أنها لا تستدعي منهم تدوينها ، وأنهم سيتذكرونها بسهولة . ولكن بعد مقابلة عدد من المرضى ، يجد الإكلينيكي نفسه غير قادر على تذكر الكثير من المقابلات السابقة . وبالتالي ، يغدو تدوين قدر معقول من الملاحظات أثناء المقابلة أمراً ذا قيمة . هذا ، ولن ينزعج معظم المرضى عادةً من قيام الإكلينيكي بمثل هذا التدوين ، وإذا ما أظهر أحدهم انزعاجاً ، فينبغي مناقشة الأمر معه . ومن حين لآخر ، قد نجد مريضاً يعتبر أن ما يقوله مهم جداً ما دام الإكلينيكي يقوم بكتابته ، بينما قد يطلب مريض آخر من الأخصائي الإكلينيكي عدم تدوين أية ملاحظات أثناء مناقشتها لموضوع معين .

ويتوقع معظم المرضى على الأرجح قدراً معيناً من تدوين الملاحظات . على أية حال ، يجب تجنب أية محاولة لتدوين كلام المريض حرفياً (إلا عند تطبيق مقابلة مقننة ، وهو أمر سنناقشه لاحقاً) . فإحدى مخاطر التدوين الحرفي تتمثل في منع الأخصائي الإكلينيكي من تركيز اهتمامه على جوهر ما يقوله المريض . كما أن انشغاله التام بتدوين كل شيء يمكن أن يقلل من فهمه للفروق الدقيقة في تعليقات العميل ودلالاتها ، إضافةً إلى أن الإفراط في تدوين الملاحظات قد يمنعه من ملاحظة التعبيرات الجسدية ، وأية تغيرات في وضعية الجسم . علاوةً على ذلك ، فالمقابلة التي يتم تدوينها بالكامل ستتم قراءتها بالكامل لاحقاً ، وسيصبح على الإكلينيكي أن يخوض في قراءة ملاحظات استغرقت 50 دقيقة ، ليستخلص المفيد منها ، في حين كان بالإمكان أن يستغرق ذلك 10 دقائق من المقابلة فقط .

ومع التقنيات التي ظهرت في أيامنا هذه ، أصبح من السهل تسجيل المقابلة صوتياً أو بالصوت والصورة . ولا ينبغي أن يقوم الأخصائي الإكلينيكي بذلك تحت أي ظرف من الظروف دون أخذ الموافقة المسبقة من المريض . وفي أغلب الحالات ، فإن دقائق قليلة من شرح مميزات التسجيل مع التأكيد على السرية التامة لهذا التسجيل (أو إفشائه فقط للأشخاص المفوضين من قبل المريض) سيؤدي إلى تعاون المريض التام مع الأخصائي الإكلينيكي . ولأن عالمنا اليوم تسوده تقنيات

التسجيل الصوتي وتسجيل الصوت والصورة ، فعلى الأغلب ألا يعترض المرضى عليها . وعلى العموم ، فإن كثيراً من المرضى لا تزعمهم حتى الميكروفونات والمسجلات البارزة للعيان . وقد تتخلل المقابلة فترات من الخذر والرغبة ، إلا أنها سرعان ما تتلاشى . وفي الحقيقة ، قد يتبين أن الأخصائي الإكلينيكي أكثر خشيةً من التسجيل مقارنةً بالمرضى ؛ خاصةً إذا كان من المتوقع دراسة المقابلة أو تقييمها من قبل مشرفٍ أو مُستشار .

في بعض الحالات ، يكون تسجيل بعض المقابلات بالصوت والصورة أمراً مرغوباً . فلغايات البحث العلمي ، أو تدريب القائمين على المقابلة أو المعالجين ، أو تقديم التغذية الراجعة للعميل كجزء من عملية العلاج ، فإن التسجيل بالصوت والصورة يكون ذا قيمة كبيرة أحياناً . ومثله مثل التسجيل الصوتي : ينبغي على الأخصائي الإكلينيكي القيام به بشفافية وانفتاح ودون تطفل ، وبعد الحصول على الموافقة المسبقة من العميل .

الألفة Rapport

ربما كان أكثر العوامل أهميةً في المقابلة هو طبيعة العلاقة ما بين الإكلينيكي والمريض . وتباين نوعية العلاقة وطبيعتها وفقاً لهدف المقابلة ، مما يؤثر دون شك في نوع العلاقة التي تتطور أثناء التواصل .

تعريف الألفة ووظائفها Definition and Functions

الألفة هي الكلمة التي تستخدم عادةً لوصف العلاقة ما بين المريض والإكلينيكي . وتشمل الألفة توفير جوٍّ مريح وفهم متبادل لأهداف المقابلة ، ويمكن للألفة الجيدة أن تكون أداةً أساسية ، يحقق الإكلينيكي من خلالها هذه الأهداف . فالعلاقة غير الدافئة أو العدائية أو التي تتسم بالخاصمة لن تكون بناءة على الأرجح . وبالرغم من أن الجو الإيجابي ليس العنصر الوحيد في المقابلة البناءة (فالأخصائي الدافع غير المؤهل لن يجري أفضل المقابلات) ، إلا أنه يكون عنصراً ضرورياً عادةً . ومهما كانت المهارات التي يمتلكها الإكلينيكي ، فإنها ستؤدي إلى فعالية أكبر إذا ما كانت لديه القدرة على تكوين علاقة إيجابية . فغالباً ما يأتي المرضى إلى معظم المقابلات وهم على درجة من القلق من أن يكتشف الأخصائي بأنهم "مجانين" ، أو الخوف من أن ما يذكرونه أثناء المقابلة سيصل إلى أصحاب العمل . ومهما كانت طبيعة هذه المخاوف ، فإن وجودها كفيلاً بتقليل فعالية الأخصائي الإكلينيكي .

يمكن تحقيق الألفة بطرق عديدة . وتتعدد هذه الطرق بتعدد الإكلينيكيين أنفسهم . وعلى أية حال ، لا يوجد صندوق من "حيل الألفة" التي يمكنها أن تحل محل التقبل والتفهم ، واحترام العميل . ومثل هذا الاتجاه لا يتطلب من الإكلينيكي مصادقة جميع المرضى أو استلطفاتهم ، كما لا يتطلب منه أن يتقن من السلوكيات ما يضمن له تكوين الألفة بشكل فوري . إن ما يتطلبه فعلاً هو أن لا يُصدر حكماً مسبقاً على المريض ، بناءً على المشكلات التي يطلب المساعدة في حلها . فالتفهم والصدق والتقبل والتعاطف ليست بالتقنيات العلاجية ، واعتبارها كذلك يعني أننا فقدنا أهميتها الحقيقية . فهي اتجاهاتٌ تتعذر تعلّمها ، ومجرد التفكير بتعلّم كيفية الظهور بمظهر صادق ومتقبل ومتعاطف ، يعني الاعتراف بغياب هذه المميزات ، والافتقار إليها .

وعندما يدرك المريض أن الإكلينيكي يحاول فهم مشكلاته بهدف مساعدته ، يصبح بإمكان الإكلينيكي أن يقوم بمدى واسع من السلوكيات ؛ فالتحري والمواجهة وعمليات التوكيد من قبل الأخصائي تصبح أسوأ مقبولة متى ما تم تكوين الألفة . وإذا ما تقبل المريض أن الأخصائي الإكلينيكي يهدف أولاً وأخيراً إلى مساعدته ، فإن مسألة الود المتبادل لن تكون ضرورية ؛ إذ سيدرك المريض أن الإكلينيكي لا يسعى إلى تحقيق الرضا الشخصي من المقابلة .

والألفة ليست حالة تستدعي من الأخصائي الإكلينيكي أن يكون دائماً ذلك الشخص المحبوب أو الرائع (كما يعتقد الطلبة المبتدئون عادة) ؛ بل هي علاقة يتم تأسيسها على الاحترام ، والثقة المتبادلة ، والائتمان ، والتسامح . فهي ليست جائزة يمنحها مريضٌ ملتحق ، أو مسابقةٌ للشهرة يفوز بها الإكلينيكي .

بعض المرضى لديهم من الخبرات السابقة ما يمنعهم من تقبل حتى مجرد النمهيذ المخلص والصادق لعلاقة مهنية . ولكن في معظم الأحيان ، إذا ما ثابر الإكلينيكي على القيام بدوره الصحيح ، وحافظ على احترامه للعميل بينما يسعى لفهمه ، سيجد أن العلاقة تتطور شيئاً فشيئاً . ومن الأخطاء الشائعة التي يقع فيها الأخصائيون المبتدئون في مقابلاتهم الأولى قولهم عبارات مثل : "هذا هو ، نعم هذا هو ، لا تقلق ، أنا أعرف تماماً ما تشعر به" . مثل هذا التعليق قد يقنع العميل بأن الأخصائي لا يعلم حقيقة ما يشعر به . فبالرغم من كل شيء ، سيتساءل العميل : "كيف يمكن لهذا الغريب أن يعرف ما أشعر به؟" ستأتي الألفة حتماً ، ولكنها ستأتي من خلال توجهات هادئة ، تنم عن الاحترام والتقبل والكفاءة ، لا من خلال التعليقات أو الحلول السريعة .

لا بد من أن يكون هنالك اتصالٌ عند إجراء أية مقابلة . فسواء كنا نساعد أشخاصاً في ضائقة ما ، أو نعاون مرضىً على إدراك إمكانياتهم ، فإن الاتصال هو أدواتنا لتحقيق ذلك . والمشكلة الحقيقية ، في هذا السياق ، تكمن في التعرف على المهارات والتقنيات ، التي تضمن لنا أقصى درجات التواصل مع العميل .

بدء الجلسة Beginning a Session

من المفيد غالباً أن نبدأ الجلسة التقييمية بمحادثة عرضية . فإشارةً بسيطةً إلى صعوبة إيجاد موقف للسيارة ، أو تعليق عادي حول حالة الطقس / قد يضيفي على الإكلينيكي صفة أنه شخص حقيقي ، وبالتالي يُبعد أية مخاوف قد تساور العميل حول التعامل مع الـ "نفساني" . ومهما يكن محتوى المحادثة ، فالحوار البسيط الهادف إلى تهدئة الموقف قبل الشروع بالحديث عن أسباب قدوم المريض ، عادةً ما يجعل تحقيق المقابلة الجيدة أمراً سهلاً أو ممكناً .

اللغة Language

يعد استخدام لغة يفهمها العميل أمراً ذا أهمية قصوى في المقابلة ، ولذلك ينبغي إجراء تقييم أولي لخلفية العميل ومستواه التعليمي وثقافته العامة . إذن ، فإن اللغة المستخدمة يجب أن تأخذ بعين الاعتبار هذه الأمور جميعاً ، فمن المهيّن مثلاً الحديث إلى امرأة في الأربعين من عمرها تحمل درجة الماجستير في التاريخ وكأنها طالبة في الصف الثامن . وفي سياق مماثل ، ليس ضرورياً أن يتعامل الإكلينيكي مع الأشخاص الذين يطلبون المساعدة بطريقة طفولية ؛ فطلب المساعدة لا يعني القصور أو عدم قدرة الشخص على الفهم .

في الوقت نفسه ، قد يكون من الضروري التخلي عن المصطلحات العلمية النفسية ، التي ربما لا يفهمها سوى قلة قليلة من المرضى . وربما يكون مدى فهمنا موضعاً للتساؤل إذا كنا لا نستطيع التواصل مع المرضى دون اللجوء إلى كلماتٍ من أربعة مقاطع . وإذا ما وجدنا أنفسنا -دون قصد- نستخدم مثل هذه اللغة الفخمة لانتزاع إعجاب المرضى ، فشمة خللٍ بالتأكيد . وكذلك الحال بالنسبة للأخصائي الإكلينيكي الذي يستخدم لغة "المراهقين" عند مقابلته لعميلٍ في الخامسة عشرة من عمره . فهذا لن يؤدي إلى شعور العميل بالاغتراب فحسب ، بل وإلى ظهور الأخصائي بظهر سخيف أيضاً . باختصار شديد ، إذا كان احترامك للعميل حقيقياً ، فإنك لست بحاجة إلى اللجوء لتقنياتٍ سطحية .

وفي مجال ذي صلة ، من المهم استخدام كلمات أو عبارات يفسرها المريض وفقاً لما تعنيه أنت . فعلى سبيل المثال ، كثيراً ما يفقد سؤالك للأُم عن سلوك ابنها إلى إجابة مثل : "أوه ، إنه ولد جيد . إنه يفعل ما أطلبه منه بالضبط" . بمعنى أن تركيز الأخصائيين الإكلينيكين أحياناً على مفاهيم مثل "السلوك" ، ربما يكون بدرجة تنسيهم ما تعنيه هذه الكلمة بالنسبة لمعظم الناس .

كما أنه من المهم أيضاً الاستيضاح عن المعاني المقصودة من الكلمات أو المصطلحات التي يستخدمها العميل إذا كان هناك بعض الشك في فهمه لها ، أو إذا كان للكلمة أكثر من معنى . فعلى سبيل المثال ، لا ينبغي على الأخصائي الإكلينيكي أن يفترض بأنه يعرف ما يعنيه العميل بعبارة "إنها مسيئة" ، فقد تشير العبارة إلى أن المرأة التي يتحدث عنها العميل تعامل الآخرين بفظاظة ، ولكنها قد تعني أيضاً أن تلك المرأة تلحق إساءة جسدية به أو بغيره ، وفي هذه الحالة يستدعي الأمر تدخلاً فوراً .

استخدام الأسئلة The Use of Questions

لاحظ مالوني ووارد (Maloney & Ward, 1976) أن أسئلة الأخصائيين الإكلينيكين قد تصبح بالتدريج أكثر تقنياً أثناء سير المقابلة . ويميز هذان العالمان بين عدة أنواع من الأسئلة ، بما فيها الأسئلة المفتوحة ، والأسئلة التسهيلية ، والاستيضاحية ، وأسئلة المواجهة ، والأسئلة المباشرة . وكل من هذه الأسئلة مصمم بطريقة خاصة لتعزيز الاتصال ، كما يخدم كل منها هدفاً معيناً ، أو ينفع نمطاً من المرضى دون غيره . ويوضح لنا الجدول 6-1 أنواع هذه الأسئلة .

الصمت Silence

لا شيء يمكن أن يثير الضيق لدى الأخصائي المبتدئ أكثر من الصمت . لكن فترات الصمت قد تعني أشياء كثيرة ، والمهم هو تقييم معنى الصمت ووظيفته في إطار المقابلة . كما أن استجابة الإكلينيكي لمواقف الصمت ينبغي أن تكون مبررة ومنسجمة مع أهداف المقابلة ، وليست استجابة لحاجات شخصية أو شعور بعدم الأمن . فربما يكون العميل في صمته بصدد تنظيم فكرة ما ، أو تحديد الموضوع التالي الذي يريد مناقشته ، وربما يدل الصمت على وجود شيء من المقاومة . ولكن ، مثلما أنه من غير الملائم القفز لملء كل لحظة صمت بالكلام ، فمن غير الملائم أيضاً انتظار العميل في كل مرة ، بغض النظر عن طول مدة صمته . وسواء أنهى الإكلينيكي فترة الصمت بالتعليق عليها ، أو قرر البدء بسلسلة جديدة من الاستفسارات ؛ فعلى استجابته أن تعزز الاتصال والفهم ، وألا تكون حلاً يائساً لتجاوز لحظة حرجية .

إذا ما أردنا الاتصال بفعالية ضمن دورنا كأخصائيين إكلينيكين ، فينبغي على هذا الاتصال أن يعكس فهمنا وتقبلنا ، ولا أمل لنا بذلك ما لم نكن نجيد الإصغاء . فمن خلال الإصغاء ، نستطيع تقدير المعلومات وتفهم الانفعالات التي يفصح عنها العميل . وإذا كنا مشغولين بنيل إعجاب العميل ، أو كنا لا نشعر بالأمن في القيام بدورنا ، أو إذا كانت هناك دوافع أخرى تحركنا غير الحاجة للفهم والتقبل ؛ عندها فمن المرجح ألا نكون مصغين فاعلين .

فعلى سبيل المثال ، عندما يتم تعريف شخص ما بآخر ، فإن ذلك الشخص لا يستطيع تذكر الاسم بعد دقيقتين من ذلك ، وهذا أمر يحدث مع الكثير من الناس . والسبب الشائع لذلك عادةً هو الفشل في الإصغاء ؛ فقد يكون الشخص مشتتاً ، أو مشغول الفكر ، أو ربما مهتماً بمظهره الشخصي بحيث لم يسمع الاسم بشكل جيد ، أو لم يسمعه بتاتاً . وأحياناً يكون المعالج متأكداً من انطباع تكون لديه عن العميل ، بحيث يتوقف عن الإصغاء ، وبالتالي يتجاهل أية معلومات جديدة مهمة . وعموماً ، فالإكلينيكي الماهر يعرف متى يكون مصغياً فعالاً ونشطاً .

الجدول 6-1 خمسة أنواع من أسئلة المقابلة

| نوعها | أهميتها | مثال |
|-------------|--|--|
| المفتوحة | منح المريض شعوراً بالمسؤولية والحرية في الإجابة | "هل يمكنك أن تحدثني عن تجربتك في الجيش؟" |
| التسهيلية | تشجيع المريض على استئناف المحادثة | "هل يمكنك أن تخبرني المزيد عن ذلك؟" |
| الاستيضاحية | تشجيع التوضيح أو الإسهاب | "أظن أن ذلك جعلك تشعر بـ.....؟" |
| المواجهة | تستخدم في تحدي حالات التناقض أو عدم الاتساق | "قبل ذلك ، عندما قلت إن.....؟" |
| المباشرة | ما إن يتم تكوين الألفة ، سيتولى المريض مسؤولية الإجابة | "ماذا قلت لوالدك عندما انتقد اختيارك هذا؟" |

المصدر : مالوني ووارد (1976) Maloney & Ward

إن المقابلة الإكلينيكية ليست وقتاً ولا مكاناً مناسباً لعمل الإكلينيكي فيه على حل مشكلاته الخاصة . فأحياناً قد يكون الإكلينيكي غير مستقر مهنيّاً أو قليل الخبرة ، وأحياناً قد تؤدي مشكلات المريض أو خبراته أو حواراته إلى تذكير الإكلينيكي بمشكلاته الخاصة ، أو إلى تهديد قيمه الشخصية أو اتجاهاته أو تكيفه . وفي هذه الحالة ، ينبغي عليه أن يقاوم الإغراء المتمثل بتحويل اهتمامه إلى نفسه بطريقة أو بأخرى ، بل عليه أن يُبقى تركيزه منصّباً على المريض . ومن الواضح أن المسألة في النهاية مسألة نسبية ؛ فلا أحد يستطيع التحكم بذاته بحيث لا تراوده الأفكار أو لا يتشتت تركيزه مطلقاً . على أية حال ، فإن دور كلٍّ من المعالج والمريض واضح ، ولا ينبغي الخلط بينهما .

أحياناً قد يوجه المريض للأخصائي الإكلينيكي بعض الأسئلة الشخصية . وعموماً ، ينبغي على الإكلينيكي تجنب مناقشة حياته أو آرائه الشخصية ، مدركاً في الوقت ذاته أنه بحاجة إلى قدر من المرونة هنا ، وذلك وفقاً لما يُراد من طرح السؤال . وبالتالي ، فالمبادرة بسؤال مرح يطرحه العميل ، مثل : "أخبرني ، ما رأيك بمباراة كرة السلة الليلة الماضية؟" لا يحمل الدلالات التي يحملها السؤال : "هل تعتقد أن فرويد كان مصيباً في تقييمه لأهمية حسد القضيبي لدى النساء؟" ، فعندما يبدو أن السؤال يوحي بشيء مهم يتعلق بمشكلات العميل ، من الأفضل عادةً تحاشيه أو القيام بعكسه بما يخدم الفرضيات الإكلينيكية للأخصائي . أما إذا كان السؤال بسيطاً أو بريئاً أو غير مهم بشكل أساسي ، فإن عدم الاستجابة له مباشرة من قبل الأخصائي ، قد يُنظر إليه على أنه أسوأ أنواع التهريب .

تأثير الأخصائي الإكلينيكي The Impact of The Clinician

تخيل وجود اثنين من المعالجين النفسيين يعملان في عيادة واحدة . أحدهما طبيبة نفسية وقورة تناهز الخمسين ، وتميل إلى ارتداء الفساتين المنزلية المطرزة ، والآخر أخصائي نفسي إكلينيكي ، فتى المظهر ، نحيف إلى حد ما ، يختار ملابسه بعناية ، ويبدو غير واثق من نفسه . حتماً ، سيتم تصور كلٍّ من هذين المعالجين بشكل مختلف من قبل المرضى . فكلٌّ منا تأثيره الشخصي على الآخرين ، سواء مهنيّاً أو اجتماعياً . ونتيجة لذلك ، فإن السلوك نفسه حين يصدر عن الإكلينيكيين المختلفين ، من المحتمل ألا يشير الاستجابة نفسها لدى المريض . فالمعالج طويل القامة ، رياضي البنيان ، ذو العضلات البارزة ، قد يُثير الرهبة لدى أنواع معينة من المرضى ؛ بينما قد تجتذب الأخصائية ذات الأنوثة الرقيقة استجابات من العميل تختلف تماماً عن تلك التي يجتذبها نظيرها الذكر . بالتالي ، من المهم لجميع الإكلينيكيين أن يطوروا درجة من الاستبصار الذاتي ، أو اتجاهها

ذهنياً على الأقل يأخذ بعين الاعتبار تأثيرهم الشخصي المحتمل قبل إلصاق أية معانٍ أو دلالاتٍ بسلوك مرضاهم .

قيم الأخصائي الإكلينيكي وخلفيته

The Clinician's Values and Background

يتفق الجميع تقريباً حول الفكرة القائلة بتأثير قيم الفرد وخلفيته وتحيزاته على إدراكه . ولسوء الحظ ، نحن نعرف كيف نصفي هذه الفكرة على الآخرين أكثر من إضفائها على أنفسنا . وبالتالي ، على الأخصائيين الإكلينيكين أن يتفحصوا خبراتهم الخاصة ، وأن يسعوا إلى معرفة الأسس التي تقوم عليها افتراضاتهم الشخصية ، وذلك قبل إصدار الأحكام الإكلينيكية على الآخرين . فما يمكن أن يبدو للأخصائي الإكلينيكي دليلاً على وجود اضطراب نفسي شديد ، قد يعكس في الواقع ثقافة المريض ليس إلا . فلنأخذ المثال التالي :

امرأة في الثامنة والأربعين من عمرها من أصول صينية ، تلقت أدوية مضادة للذهان وأخرى مضادة للاكتئاب ، لإصابتها باضطراب الاكتئاب الذهاني . واثّر هذا البرنامج العلاجي ، فقدت المرأة الكثير من وزنها ، كما فقدت الأمل ، وأصبحت شبه عاجزة . ولعل أحد العناصر المهمة في تشخيصها بالذهان كان اعتقادها بأن والدتها المتوفاة ، التي تظهر لها في الأحلام ، قد جاءت من عالم الموتى لحث ابنتها المريضة على الموت ، وإحضارها إلى العالم الآخر . ولم يتم تفسير هذا العرض على أنه مُعتقد هذائي ، وإنما هو في الأساس معتقد ثقافي لامرأة مكتئبة ، بدأت مؤخراً ترى أمها المتوفاة في أحلامها (وهو نذير شائع للموت لدى بعض المرضى الآسيويين) . وقد استجابت هذه المريضة للعلاج بشكل جيد بعد توقفها عن تلقي مضادات الذهان ، كما تم تخفيف جرعات مضادات الاكتئاب ، والبدء معها بجلسات أسبوعية من العلاج النفسي (Westermeyer, 1987, pp. 471-472) .

وتوضح لنا هذه الحالة كيف أن الإشارات السلوكية التي يعتمد عليها الإكلينيكي عادةً في تشخيصاته قد تفقد معناها عندما يتم تطبيقها على مرضى ينتمون إلى ثقافات مختلفة . كما بدأنا ندرك أن قدرة الإكلينيكي على فهم كلام المريض وسلوكه تعتمد إلى حد بعيد على الخلفية المشتركة لهما .

فعلى سبيل المثال ، قد يشعر الأخصائي الإكلينيكي القادم من أواسط غرب الولايات المتحدة أثناء استماعه لمريض من أصول آسيوية ، بأنه قد فقد إطاره المرجعي فجأة . ولكن أثناء تعامله مع مريض آخر من أواسط الغرب أيضاً ، فهل سيخطئ الإكلينيكي في افتراضه بأن إطاره المرجعي

يطابق ذلك الإطار الذي يحمله المريض؟ من ناحية أخرى ، يمكن للفروق الجندرية أن تؤدي إلى مثل هذا الأثر تماماً . حيث يمكن للعوامل المتعلقة بالجندر أن تتفاعل مع قيم الأخصائي الإكلينيكي وخلفيته . عندئذ ، فكل شيء - من عوامل تنبثق عن الجهل المطلق إلى عوامل تتصل بالأنماط الجندرية- يعمل على التقليل من صدق المقابلة التشخيصية . ويبدو أن الحل يكمن في جعل القائمين على التقييم أكثر "وعياً بالجندر" (L. S. Brown, 1990; Good, Gilbert, & Scher, 1990) . فكيف يمكن أن يصبح المرء أكثر وعياً بالجندر؟ لقد قدم أحد خبراء الجندر المقترحات التالية :

يمكن للإكلينيكين الذين يسعون إلى تحسين وعيهم الجندري أن يركزوا على ثلاث نواح : معرفتهم ، واتجاهاتهم ، وسلوكياتهم . فقيما يتعلق بالمعرفة ، يمكن زيادتها من خلال القراءة (كقراءة الأبحاث والمقالات النظرية والكتب) ، أو الالتحاق بمساقات دراسية ، أو حلقات بحث حول مسائل الجندر . ويمكن أن تتعزز الاتجاهات من خلال الخبرة والتفاعل مع أشخاص يحملون مفاهيم جندرية تختلف عن مفاهيم الفرد (كالأشخاص الذين ينتمون إلى ثقافات أو أديان أخرى ، أو يحملون توجهات جنسية مختلفة) ، مما يساعد على توسيع إطار فهمنا للقضايا الجندرية . أما السلوكيات ، فتتحسن بالممارسة وبالتغذية الراجعة (مع مشرفٍ من ذوي خبرة في القضايا المتعلقة بالجندر) (G. Good, Personal Communication) .

الإطار المرجعي للمريض The Patient's Frame of Reference

لكي يكون الأخصائي الإكلينيكي فعالاً في تحقيق أهداف المقابلة ، فمن المهم أن تكون لديه فكرة عن طريقة إدراك المريض للقاء الأول . وبهذا الوعي فقط ، يمكن وضع عبارات المريض وسلوكياته في إطارها الصحيح . وللسبب نفسه ، سيكون تكوين الألفة أكثر صعوبة إذا لم يكن الإكلينيكي حساساً لتصورات المريض المبدئية وتوقعاته . فقد يحمل المريض فكرة مشوهة تماماً حول العيادة ، أو حتى قد يشعر بالخجل لاضطراره إلى طلب المساعدة .

أحياناً قد يُجبر المريض على السعي لطلب المساعدة . فقد تقول الزوجة لزوجها أخيراً : "احصل على المساعدة ، وإلا فلتعتبر حياتنا منتهية" ، وقد يُنذر نادٍ للفتيات إحدى المقيمات به إنذاراً بتلقي العلاج ، أو مغادرة النادي ؛ بينما قد يأتي بعض المرضى إلى العيادة إرضاءً لأصحاب عملهم . ومهما كان سبب الحضور ، فسيكون له تأثيره على طبيعة السلوك أثناء المقابلة .

وبالنسبة للعديد من الأشخاص ، فإن مجرد الذهاب لرؤية أخصائي إكلينيكي يشير لديهم شعوراً بالعجز أو عدم الكفاءة . فمنهم من يستجيب بالتكتم والصمت ، ومنهم من يتظاهر بالشجاعة التي تقول : "أترى؟ إنني لست ضعيفاً أبداً!" ، بينما يصبح مريض آخر تنافسياً ، ويلمح إلى أن علم

النفس ليس أفضل الموجود ، أو أن الإكلينيكي لا يمتلك الكثير ليقدمه حقاً . وفي المقابل ، هناك من المرضى من يتطلع إلى الأخصائي الإكلينيكي على أنه منقذ من نوع ما . ومع أن نظرة بعضهم إلى الأخصائي الإكلينيكي على أنه المداوي العظيم أو صانع المعجزات تكون نظرة معززة في الغالب ، إلا أن علينا أن نتذكر بأن المريض سيعيد النظر في هذا التقييم لاحقاً على الأرجح . فعلى سبيل المثال ، قام مريضٌ مقيم يعاني من اضطراب الشخصية الحدودية بإخبار جميع المرضى المقيمين من حوله بأن المؤلف هو أفضل معالج في المستشفى ، وقد يكون أحد أفضل الأخصائيين الإكلينيكين على الإطلاق . فتخيل مدى تكدر المؤلف وامتعاضه حين رأى المريض نفسه بعد أربعة أيام يعلن للجميع أن المؤلف معالجٌ مُريع ، وهو عارٌّ على مهنته !

الإطار المرجعي للأخصائي الإكلينيكي

The Clinician's Frame of Reference

إن الحكمة الماثورة هنا - كما في أي عمل - هي "كن مستعداً" . وهذا يعني أن الإكلينيكي ينبغي أن يكون قد قرأ بحرص أية سجلات متوافرة حول العميل ، وتحقق من المعلومات التي قدمها الشخص الذي نظم الموعد ، وغير ذلك من أمور . ومثل هذا الوضع سيضمن للإكلينيكي معرفة ما يمكن معرفته في ذلك الحين عن المريض . كما أن مثل هذا الاستعداد قد يقلل من هدر الوقت ، واستنزاف المقابلة في مراجعة مواد يكون المريض قد أدلى بها بالفعل لأحد أعضاء الفريق الإكلينيكي في العيادة النفسية .

إضافة إلى ذلك ، يجب أن يكون الأخصائي الإكلينيكي واضحاً تماماً فيما يتعلق بهدف المقابلة . فهل هدفها تقييم المريض بغرض إدخاله المستشفى؟ هل هي من أجل معلومات يطلب المريض معرفتها؟ وإذا ما تمت المقابلة بناءً على الإحالة ، فعلى الإكلينيكي أن يكون متأكداً من فهمه للمعلومات المطلوبة من قبل الشخص الذي أحال المريض . فمن المربك والمُحبط للأخصائي الإكلينيكي دوماً أن يكتشف لاحقاً أنه قد أساء فهم سبب المقابلة .

على الأخصائي الإكلينيكي أن يبقى تركيزه منصّباً على الهدف طيلة فترة المقابلة . وعلى أية حال ، فالموضوعية لا تعني الفتور أو البُعد أو التحفظ ، بل تشير إلى أن الإكلينيكي يجب أن يشعر بالأمن بدرجة كافية ، بحيث يبقى هادئاً ومتماسكاً ، ولا ينسى هدف المقابلة . فإذا ما أصبح أحد المرضى شديد الغضب مثلاً ، وهاجم مقدرة الإكلينيكي أو شكك في أهليته أو حُسن نواياه ، ينبغي على الإكلينيكي أن يتذكر بأن التزامه الأول هو الفهم . وينبغي عليه أن يكون على مستوى من الشعور بالأمن بحيث يميز ما بين الواقع والقوى التي تدفع العميل لمثل هذا السلوك .

وتبعاً لهدف المقابلة ، ينبغي أن يكون الإكلينيكي مستعداً أيضاً لوضع خاتمة لإنهاء مقابله مع المريض . هذا يعني أن الإكلينيكي -أثناء سير المقابلة- يكون قد بدأ بصياغة فرضياته وتوصياته . فالإبتسامة الواثقة المزوجة بالغموض في نهاية المقابلة ، والمصحوبة بعبارة "سنبقى على اتصال" ، لن تكون عبارة كافية . بل على الإكلينيكي أن يكون مستعداً لإحالة العميل ، و/أو تحديد موعد آخر له ، و/أو تزويده ببعض التغذية الراجعة .

أنواع المقابلات *Varieties of Interviews*

حتى الآن ، قمنا بمراجعة عدد من أساسيات المقابلة وتقنياتها ، وذلك بغض النظر عن نوعها . وفي هذا الجزء سنناقش مجموعة من أكثر أنواع المقابلات شيوعاً ، والتي يقوم الأخصائيون الإكلينيكيون بإجرائها عادةً . إلا أنه من المهم أن نلاحظ إمكانية تطبيق أكثر من مقابلة للعميل أو المريض الواحد . فعلى سبيل المثال ، عند الذهاب إلى المستشفى قد يكمل المريض نموذج مقابلة القبول أو الإدخال ، ومقابلة تاريخ الحالة ، وفحص الحالة العقلية ، ومن ثم يخضع للمقابلة التشخيصية المقننة من قبل الإكلينيكي المعالج . وبأخذ هذه المعلومة بعين الاعتبار ، يمكننا الانتقال الآن إلى معاينة بعض أنواع المقابلات الشائعة .

للمقابلات بمختلف أنواعها بعدان أساسيان للتمييز بينها : أولاً ، تختلف المقابلات باختلاف هدف إجرائها ، فقد يكون هدف إحدى المقابلات مثلاً تقييم العميل الذي يأتي إلى العيادة الخارجية لأول مرة (مقابلة الإدخال أو القبول) ، بينما يكون هدف مقابلة أخرى هو التوصل إلى تشخيص للعميل وفقاً للدليل التشخيصي الرابع المعدل (DSM-IV) (المقابلة التشخيصية (Diagnostic Interview) .

أما البعد الثاني في التمييز بين المقابلات ، فيتعلق بما إذا كانت المقابلة مقننة أو غير مقننة (ويُشار إليها غالباً بالمقابلة الإكلينيكية) . وفي المقابلات غير المقننة يُسمح للأخصائي الإكلينيكي بطرح أي سؤال يخطر بباليه ، وبأي ترتيب يراه مناسباً . وعلى العكس من ذلك ، فالمقابلات المقننة تتطلب من الإكلينيكي أن يطرح مجموعة من الأسئلة المقننة ، بصورة حرفية ، وبترتيب محدد . وسيكون لدينا المزيد لنقول عن المقابلات المقننة لاحقاً في هذا الفصل .

أما المهارات المطلوبة للمقابلة فهي واحدة ، بغض النظر عن هدف المقابلة أو نوعها . فالألفة ، ومهارات الاتصال الجيدة ، وأسئلة المتابعة المناسبة ، ومهارات الملاحظة الجيدة ، كلها ضرورية حتى عند إجراء المقابلة المقننة . هذا ، وينبغي أن يتذكر الإكلينيكي أن أية مقابلة تقييمية قد تكون لها مدلولاتها العلاجية المهمة . وفي النهاية ، فإن تصور المرضى للعيادة ، ودافعيتهم ، وتوقعاتهم بتلقي المساعدة ؛ كل ذلك قد يتأثر بدرجة كبيرة بخبراتهم أثناء جلسات مقابلة الإدخال أو التشخيص .

وفي الجزء التالي ، سننظم عرضنا للمقابلات بناءً على هدف المقابلة . ولكن من المهم أن نتذكر أن هنالك صوراً مقننة وأخرى غير مقننة من جميع هذه الأنواع من المقابلات .

مقابلة الإدخال أو القبول The Intake-Admission Interview

هناك عادةً هدفان لمقابلة الإدخال : (أ) تحديد سبب قدوم المريض إلى العيادة أو المستشفى ، و(ب) معرفة ما إذا كانت إمكانات المؤسسة وسياساتها وخدماتها ستلبي احتياجات العميل وتوقعاته . وفي كثير من الأحيان ، يقوم أخصائي الخدمة الاجتماعية بالطب النفسي بإجراء مثل هذه المقابلات . وتتم هذه المحادثات عادةً وجهاً لوجه ، إلا أن هنالك ميلاً متزايداً لاستخدام الاتصال الهاتفي المسبق ، قبل إجراء المقابلة الأولية .

ويمكن للأخصائي الذي يتمتع بدرجة من المهارة والحساسية ، أن يحصل على الكثير من المعلومات التي يتم جمعها عادةً في العيادة من خلال المقابلة الهاتفية . وتحت ظروف معينة ، أو في عيادات معينة ، قد يتم إجراء مقابلة الإدخال من قبل الشخص نفسه الذي يقوم لاحقاً بتطبيق المقابلة التشخيصية أو الاختبار . ومن إيجابيات هذه العملية أن العميل لا يتم دفعه من أخصائي إلى آخر أثناء انتقاله من إحدى المقابلات إلى الأخرى .

والوظيفة الأخرى للمقابلة الأولية هي تعريف المريض بمسائل تتعلق بالعيادة : وظائفها ، وأتاعبها ، وسياساتها ، وإجراءاتها ، وموظفيها . فالرضى عبارة عن مستهلكين ، لهم الحق في الحصول على المعلومات المتعلقة بالخدمات والتكاليف . وهذه التفاصيل الدقيقة يمكن بالتأكيد أن تؤثر على دافعية العميل نحو العلاج النفسي ، ويمكن أيضاً أن تزيل بعض المخاوف والأوهام التي قد تقلل من توقعاتهم المتعلقة بتلقي المساعدة أو العلاج المناسب . ويعرض لنا التوضيح 2-6 مثلاً على تقرير للإدخال بناءً على مقابلة مع عميل مُحنمل في عيادة خارجية مجتمعية .

مثال على تقرير الإدخال

الاسم : مورتون ، كارلز (اسم غير حقيقي) .

العمر : 22 عاماً .

الجنس : ذكر .

المهنة : طالب .

تاريخ المقابلة : 1 حزيران 1998 .

المعالج : أ.د. لوك بولدري (اسم غير حقيقي) .

معلومات التعريف : العميل رجل أبيض في الثانية والعشرين من عمره ، وهو طالب متفرغ للدراسة في إحدى الجامعات الكبيرة في أواسط غرب الولايات المتحدة ، ويعيش حالياً وحده في شقة ، ويعمل بدوام جزئي في بقالة محلية .

الشكوى الأساسية : جاء العميل إلى العيادة يشكو من "الاكتئاب" ، الذي ازداد سوءاً في الأسبوعين الأخيرين .

تاريخ مشكلة المريض : يقول العميل إنه شعر بأعراض الاكتئاب "نروح وتأتي" على مدى العام الماضي . واشتملت هذه الأعراض على : (أ) المزاج المكتئب ("الشعور بالحزن") ، (ب) اضطراب الشهية ، لكن دون فقدان الكثير من الوزن ، (ج) اضطراب لنوم (الاستيقاظ المبكر جداً في الصباح) ، (د) الإعياء ، (هـ) الشعور بعدم القيمة ، و(و) صعوبة التركيز . وقد كانت هذه الأعراض تظهر كل يوم تقريباً خلال الأسبوعين الماضيين .

يقول العميل إن علاقته الغرامية التي استمرت 4 سنوات انتهت قبل عام تقريباً . وبعد هذا الانفصال ، يقول العميل إنه أصبح انسحابياً بشكل متزايد ، وإضافة إلى الأعراض التي ذكرت أعلاه ، فإنه كان يمر بفترات من البكاء الحار .

وبالرغم من أن تكيف العميل مع هذا الحدث قد تحسّن مع مرور الزمن ، إلا أنه يقول إن الانفصال قد "زلزل" ثقته بشكل عام ، وأدى به إلى تقليل عدد الأنشطة الاجتماعية التي يشارك بها . إضافة إلى ذلك ، يقول إنه لم يُواعد أية فتاة منذ ذلك الحين . وفي الفصل الدراسي الماضي ، انتقل العميل إلى الجامعة من كلية مجتمع كان يدرس بها في مدينة أخرى . ويقول إن الانتقال كان صعباً عليه من الناحية العاطفية والدراسية . وقد أدنى به الابتعاد عن مدينته وأهله ، وأصدقائه خاصة إلى ازدياد شعوره بالعزلة والكرب . إضافة إلى ذلك ، فقد تدهت علاماته في الفصل الماضي . ويقول إن معدله انحدر من "أ" في كليته السابقة إلى "ج" في هذه الجامعة . ومع نهاية ذلك الفصل (عندما ظهرت مشكلة علاماته وأصبحت واضحة) ، أصبح يعاني من زيادة في الأعراض الاكتئابية .

تاريخ المعالجات الماضية : يقول العميل إنه لم يتّج في السابق تطلباً للمعالجة النفسية أو الطبية النفسية .

التاريخ الطبي : لم يتم الإدلاء بأي تاريخ طبي ذي دلالة .

استخدام/إساءة استخدام العقاقير : ينفي العميل أية أعراض حالية لإساءة استخدام العقاقير أو الإدمان عليها . لقد "جرب" الماريجوانا في ثلاث مناسبات في الماضي ، إلا أنه يؤكد عدم استخدامه لها حالياً . ويقول إنه يشرب البيرة بمعدل 3 إلى 4 علب أسبوعياً .

الأدوية : يقول العميل إنه لا يتناول حالياً أي دواء من الأدوية .

التاريخ الأسري : كلا ولدي العميل على قيد الحياة ، وله أخ واحد (20 عاماً) وأخت واحدة (26 عاماً) . ويقول العميل إن والدته تعاني من الاكتئاب ، وتلقي علاجاً خارج المستشفى بين فترة وأخرى ، إضافة إلى ذلك ، يقول إن جده لأمه قد تم تشخيصه بالاكتئاب . ولم يذكر أية مشكلات تتعلق بالإدمان على العقاقير لدى أفراد الأسرة .

الأفكار المتعلقة بالانتحار/القتل : نفى العميل وجود أية أفكار أو نوايا أو أفعال ، حالية أو ماضية ، تتعلق بالانتحار أو القتل .

الحالة العقلية : يبدو العميل بمظهر وهندام جيد ، متعاوناً ، ويرتدي ثيابه بشكل لائق . وقد كان مستيقظاً ومتصلاً بالواقع على كافة المستويات . اتسم مزاجه ومشاعره بالكرب . كان كلامه واضحاً ومتربطاً وهادئاً . ولوحظت لديه بعض الصعوبات في الانتباه والتركيز ، كما أن ذاكرته الآنية كانت ضعيفة بدرجة متوسطة . أما بالنسبة للاضطرابات الفكرية ، أو الهذات ، أو الهلوسات ، أو الأفكار التي تتعلق بالانتحار/القتل ؛ فلا توجد هناك أية دلائل على وجودها ، ويبدو أن تبصره وقدرته على الحكم في حالة جيدة .

الانطباعات التشخيصية :

المحور الأول : 296.22 ، اضطراب الاكتئاب الأساسي ، فترة واحدة .

المحور الثاني : ف 71.09 ، لا تشخيص .

المحور الثالث : لا يوجد .

المحور الرابع : مشكلات تتعلق بالبيئة الاجتماعية ، ومشكلات دراسية .

المحور الخامس : التقييم العام للوظائف - 55 (حالياً)

التوصيات : العلاج النفسي الفردي . المعالجة المعرفية- السلوكية للاكتئاب .

د . لوك بولديري

أخصائي إكلينيكي مرخص

هل يعني استخدام هذه التطبيقات الحاسوبية هجر الإكلينيكين؟ لا يعتقد فيرست (First, 1994) - وغيره- ذلك . وبالرغم من أنه يعلم الإيجابيات المختلفة للتقييم الإكلينيكي بمساعدة الحاسوب ، فإنه يورد عدة أسباب لعدم إمكانية استبدال الحاسوب للإكلينيكين حالياً :

■ هنالك العديد من الإشارات غير اللفظية (كالتعبيرات الوجهية أو التغيرات الصوتية) لا يمكن للمقابلات المحوسبة التعرف عليها في الوقت الحاضر .

■ لا تمتلك الآن تقنية حاسوبية يمكنها معالجة اللغة غير المحددة (أي إراحة المريض من الاستجابات المطبوعة أو المدخلة استجابة لطلبات الحاسوب) .

في مقابلة تاريخ الحالة ، يتم الحصول على كل ما يمكن معرفته حول التاريخ الشخصي والاجتماعي للمريض . ويهتم الإكلينيكي هنا بالحقائق المادية والتواريخ والأحداث ، وبمشاعر المريض حولها . ومن المهم الإشارة إلى أن السعي الذي لا يعرف الكلل أو الملل لمعرفة التواريخ والأسماء ، يمكن أن يحجب بيانات مهمة أحياناً . وربما يشير لدى المريض اتجاهها عقلياً يركز على ما هو عياني وملموس ، مما قد يقلل من فرص التقدم والتحسين في المقابلات اللاحقة .

إن الهدف من مقابلة تاريخ الحالة بشكل أساسي هو توفير أرضية واسعة ، ووضع إطار للمريض ومشكلته . إن تقنياتنا التشخيصية والعلاجية ليست متطورة بدرجة تسمح لنا بفهم سلوكيات كل شخص أو مشكلاته أو أفكاره بالطريقة نفسها . وبالتالي ، فمن المهم وضع مشكلات العميل في إطارها التاريخي-التطوري ، بحيث يتم تحديد دلالاتها التشخيصية ومضامينها العلاجية بشكل أكثر ثباتاً .

إن البيانات التي يتم تغطيتها في التاريخ الشخصي-الاجتماعي عادةً ما تكون شديدة الاتساع . إذ تغطي الطفولة والرشد ، كما تشمل المسائل التعليمية والجنسية والطبية ، والوالدية-البيئية والدينية ، بالإضافة إلى المسائل المتعلقة بالاضطرابات النفسية . ورغم أن الكثير من هذه البيانات عبارة عن حقائق كما ذكرنا سابقاً ، إلا أنه من المهم جداً ملاحظة الطريقة التي يعرضها بها المريض ، مثل : أسلوبه في الحديث عنها ، وردود فعله الانفعالية تجاهها ، وتهريبه منها أو انفتاحه نحوها ، وهكذا .

ومع أن معظم المرضى -وخاصة الراشدون الأكفيا- يقومون بتقديم تاريخهم الشخصي-الاجتماعي بأنفسهم ، إلا أن هنالك غيرهم من الأشخاص ذوي المعرفة بهم ، والذين يمكنهم تزويد الأخصائي بمعلومات وانطباعات أخرى قيّمة عنهم . فالزوجة ، أو صاحب العمل ، أو المدرس ، أو أحد الأصدقاء ؛ يمكنهم أن يكونوا مصدراً غنياً بالمعلومات . ولا يفيد الإكلينيكيون عادةً من مثل هذه المصادر كما ينبغي ، ربما لأن هذه المقابلات الإضافية قد تكون مكلفة من حيث الوقت والجهد ، إضافة إلى ما يتطلبه الموقف من مراعاة للسرية والثقة . وحتى عندما يعطي المريض موافقته ، ويساعد على توفير أشخاص كمصادر للمعلومات ، فإن العديد من الإكلينيكيين يخشون من أن استخدامهم لهؤلاء قد يكون معيقاً للعلاقة العلاجية اللاحقة .

ومع ذلك ، فالمصادر الخارجية للمعلومات كثيراً ما تزودنا بصورة عن العميل ، يصعب الوصول إليها بالطرق الأخرى . ففي حالات الأطفال ، أو ذوي الصعوبات المعرفية ، أو الأشخاص غير الأكفيا ، تكون الاستعانة بمثل هذه المصادر ضرورية ، بل ولا بد منها . ويوضح لنا الجدول 2-6 تاريخ حالة مفصل .

الجدول 6-2 مخطط نموذجي لتاريخ الحالة

1. معرفة البيانات ، بما فيها الاسم ، الجنس ، المهنة ، العنوان ، تاريخ الولادة ومكانها ، الديانة ، والمستوى التعليمي .
2. أسباب القدوم إلى العيادة ، والتوقعات المتعلقة بخدماتها .
3. الوضع الحالي ، مثل وصف لسلوك اليومي ، وأية تغييرات حديثة أو وشيكة .
4. الأسرة (أسرة المنشأ) ، بما فيها وصف الأم والأب ، وغيرهما من أفراد الأسرة ، ودور العميل في الأسرة التي نشأ وترعرع فيها .
5. الذكريات المبكرة ، ووصف الأحداث المبكرة الواضحة والظروف المحيطة بها .
6. الولادة والنمو . بما فيها العمر الذي بدأ فيه بالمشي والكلام ، ومشاكله مقارنة بالأطفال الآخرين ، ووجهة نظر الشخص حول خبراته الماضية .
7. الصحة ، بما فيها الأمراض والإصابات في مرحلة الطفولة وما بعدها ، المشكلات المتعلقة بالمخدرات أو الكحول ، ومقارنة المرء لجسمه بأجسام الآخرين .
8. التعليم والتدريب ، بما فيها الموضوعات التي يهتم بها الشخص ، وإجازاته .
9. سجلات العمل ، بما فيها أسباب تغيير العمل ، واتجاهات الشخص نحوه .
10. التسليلات والهوايات ، وتشمل العمل التطوعي ، القراءة ، وما يقبله الشخص عن مدى قدرته على تعبيره عن ذاته ، ومصادر المتعة لديه .
11. النمو الجنسي ، ويشمل معرفته الأولى بمسائل الجنس ، أنواع أنشطته الجنسية ، ونظراته إلى كفاءة تعبيراته الجنسية .
12. المعلومات الزواجية والأسرية ، وتشمل الأحداث الأساسية ، والأمور التي قادت إليها ، والمقارنة ما بين الأسرة التي ولد فيها الفرد والأسرة الحالية .
13. وصف الذات ، ويشمل ذلك نقاط القوة والضعف ، والمثل .
14. الاختيارات ونقاط التحول في الحياة ، ومراجعة القرارات المهمة التي اتخذها الشخص ، والتغيرات المهمة التي مر بها ، بما في ذلك الحدث الأكثر أهمية الذي يجري الآن .
15. النظرة إلى المستقبل ، ويشمل ذلك ما يتطلع الشخص إلى حدوثه من أمور في العام القادم ، وبعد خمس أو عشر سنوات ، وما هو ضروري لحدوثها .
16. أية معلومات أخرى يرى الشخص أنها أغفلت ، ولم يشمل عليها تاريخ الحالة .

المصدر : Norman D. Sundberg, *Assessment of Persons*, 1977, pp 97-98

يتم إجراء فحص الحالة العقلية عادةً لتقييم مدى وجود مشكلات معرفية أو انفعالية أو سلوكية . ويبيّن الجدول 3-6 المجالات العامة التي تغطيها هذه المقابلات ، مع مقتطفات من تقارير تزودنا بأمثلة على تلك المجالات .

ومن المأخذ الأساسية على هذا النوع من المقابلات ، عدم ثباتها ؛ وذلك لأنها غالباً ما تكون غير مقننة في تطبيقها . ولحل هذه المشكلة ، تم تطوير مقابلات مقننة لفحص الحالة العقلية . وفي هذه المقابلات ، يتم طرح أسئلة محددة لتقييم السلوك في مجالات مختلفة . وكما يرى ريتشارد روجرز (Richard Rogers, 1995) ، فإنه من المهم أن يعتاد الأخصائيون الإكلينيكيون على فحص الحالة العقلية ؛ لأن هذه المقابلات تعد أحد أنواع التقييم الإكلينيكي الأساسية ، بالنسبة لمختلف المهنيين العاملين في ميادين الصحة النفسية (بما فيها الطب النفسي) .

مقابلة الأزمات The Crisis Interview

لقد أخذ الإكلينيكيون يتجهون بشكل متزايد للعمل في أماكن جديدة ، بما في ذلك العيادات التي تقوم في المنشآت ؛ وخطوط الهاتف الساخنة المخصصة لمساعدة مدمني المخدرات ، والآباء الذين يخشون الإساءة إلى أبنائهم ، والأشخاص الذين يشعرون بالوحدة فحسب . وتجدر الإشارة هنا إلى أن الكثير من قواعد المقابلة "الاعتيادية" أو تصنيفاتها ، لا تعد واضحة في مثل هذه الحالات . وعلى أية حال ، تبقى المبادئ الأساسية هي نفسها .

خذ المثال التالي لأم أصبحت خائفة - أثناء غياب زوجها - من أن تقترب إساءة إلى طفلها الصغير . حيث جرى الحوار الهاتفي التالي :

الجدول 6-3 مقابلة فحص الحالة العقلية لرجل في الرابعة والعشرين من عمره، تم تشخيصه بالفصام

مخطط عام لفحص الحالة العقلية :

- 1 . المظهر العام : الهيئة ، السلوك ، الاتجاه .
- 2 . حالة الوعي : يقظ ، يقظ بشكل زائد ، خامل .
- 3 . الانتباه والتركيز .
- 4 . الكلام : الوضوح ، الاتجاه نحو الهدف ، عيوب لغوية .
- 5 . التوجه : نحو الشخص ، المكان ، الزمان .
- 6 . المزاج والانفعال .
- 7 . طريقة التفكير ، أية اضطرابات ذهنية .
- 8 . محتوى التفكير : قهري ، استحواذي ، هذات .
- 9 . القدرة على التفكير المجرد .
- 10 . الإدراك : الهلوسات .
- 11 . الذاكرة : الحالية ، قصيرة الأمد ، بعيدة الأمد .
- 12 . الوظائف العقلية .
- 13 . التبصر والحكم .



ظهر المريض بهيئة شعناء ، وكان يقوم بسلوكات غريبة أثناء المقابلة . وبالرغم من أنه بدا يقظاً ، فقد لوحظ بعض الضعف في انتباهه وتركيزه . كما ظهرت لديه - بالتحديد - صعوبة في تذكر سلسلة من الأرقام ، وفي القيام بحسابات بسيطة التي تتم دون استخدام ورقة وقلم . لم تلاحظ أية صعوبات لغوية . بالرغم من أنه كان من الصعب أحياناً فهم كلام المريض ، ولم يبد أن حديثه كان محدد الهدف (ليس استجابة للسؤال المطروح) ، كان واعياً بالأشخاص والمكان دون الزمن ، وبالتحديد ، لم يكن متأكداً من الشهر والسنة . قال عن مزاجه إنه "جيد" ، وبدأ أن انفعالاته متباعدة . وقد أشار إلى اضطراب ذهني سابق : الخروج عن الموضوع ، وفقدان الاتصال ، وعدم ترابط الأفكار . وقد نفى وجود أفكار انتحارية لديه ، إلا أنه كشف عن اعتقاده أنه تم "التأمر عليه من قبل الاستخبارات الأميركية" لجرم لم يرتكبها . وعندما تمت مواجهته بحقيقة أنه في مستشفى نفسي ، وليس في سجن ، قال إن هذا كله عبارة عن "تغطية" من الاستخبارات بحيث يبدو "مجنوناً" . وبالرغم من أنه أنكر وجود هلوسات لديه ، فإن سلوكاته تشير إلى أنه كان يستجيب لهلوسات سمعية من فترة لأخرى . فقد كان يقوم مثلاً ، في عدة مناسبات ، بالتحديق في الفراغ ويأخذ بالهمس ، وبدأ أن قدرته على التجريد ضعيفة . فعندما سئل مثلاً عن وجه الشبه ما بين كرة السلة والبرتقالة ، أجاب بأن "كلاهما حي" . وكانت ذاكرته الأنوية وقصيرة الأمد ضعيفتين بدرجة بسيطة ، مع أن ذاكرته طويلة الأمد كانت سليمة . وقدر مستوى ذكائه بالمتوسط . ويبدو حالياً أن قدرته على التبصر والحكم ضعيفة .

الأم : يا إلهي ، ساعدني . هل هذا هو المكان ... الذي ... أعني ، إنني أحتاج إلى شخص ما ... أخبريني .

المتطوعة : نعم ، هو كذلك . أخبريني بما يشغلك ، تحدثني بصراحة .

الأم : إنني متوترة جداً . أشعر أنني عاجزة . داني يبكي ، وزوجي ليس هنا ، وعليه أن يتوقف عن البكاء . لا أستطيع أن أحتمل أكثر .

المتطوعة : حسناً ، إنني أفهمك . هل أنت وحدك؟

الأم : نعم ، لكنني لا أستطيع معالجة هذا الأمر .

المتطوعة : أعلم ذلك . إنك متضايقة جداً ، لكنني أعتقد أنه بإمكاننا أن نتحدث أكثر حول ذلك . أين أنت الآن؟ ما هو عنوانك؟

الأم : إنني في المنزل الآن ، في الشقة 308 في جادة بارك . أتمنى أن يعود جون إلى المنزل ، فإنني أشعر بأنني أفضل حين يكون موجوداً . أنا لا أستطيع التعامل مع الأمر . كان الجميع يقولون بأنه لا ينبغي عليّ الزواج .

المتطوعة : ما الذي تعتقدين بأنه خطأ؟ أنت خائفة من أن تؤذي داني؟

الأم : إنه لا يتوقف عن البكاء . إنه يبكي دائماً . جون لا يعلم كيف هو الأمر . أعتقد بأنه يلومني ، فأنا أعلم أن أمي تفعل (تبدأ بالبكاء دون أن تسيطر على نفسها) .

المتطوعة : استمعي إلي ، لا بأس . هوني على نفسك . أين هو جون؟

الأم : إنه ... إنه سائق شاحنة ، ولن يعود حتى يوم الثلاثاء .

المتطوعة : أعتقد أنني أفهمك . وأعلم كم هو الأمر صعب بالنسبة لك . هل تحدثت مع أي شخص حول مشاعرك نحو هذه الأمور؟

الأم : لا . حسناً ، لقد تحدثت قليلاً إلى جارتني مارج ، وقالت لي إنها شعرت كذلك مرات عديدة . لكن ... لا أعلم .

لقد تأيرت المتطوعة على تعزيز الفكرة بأنها فهمت الأمر . ويبدو أن الطريقة الهادئة والواثقة في ردود المتطوعة ساعدت ، إلى درجة ما ، على طمأنة الأم ، التي وافقت على الحضور في عصر اليوم التالي مصطحبةً معها طفلها .



أ. د. توماس أ. ويديجر

Thomas A. Widiger, Ph.D.

(قسم علم النفس - جامعة كنتاكي)

ربما كان أكثر ما اشتهر به د. توماس ويديجر - أستاذ في قسم علم النفس في جامعة كنتاكي - هو عمله في مجالات تصنيف الاضطرابات النفسية وتشخيصها. وفي عمله، قام ويديجر بنشر حوالي 200 عمل بين مقالات وكتب وفصول من كتب. وكواحد من عدد قليل من الأخصائيين الإكلينكيين الذين شاركوا في الطبعة الأخيرة من الدليل التشخيصي للاضطرابات النفسية، فقد عمل د. ويديجر كمنسق للأبحاث في الدليل التشخيصي الرابع. كما ألف مقابليتين شبه مقننتين: مقابلة اضطرابات الشخصية (Personality Disorder Interview-PDI) (Widiger, Mangine, Corbitt, Ellis, & Thomas, 1995)، والمقابلة المقننة لنموذج العوامل الخمسة للشخصية (the Structure Interview for the Five Factor Personality Model) (Trull & Widiger, 1997). وقد تمنت لنا الفرصة لسؤال د. ويديجر بعض الأسئلة حول خلقه ومنظوره للميدان، وأفكاره حول المقابلة المقننة.

■ ما الذي أثار اهتمامك ابتداءً بميدان علم النفس الإكلينيكي؟

أعتقد أن ما أثار اهتمامي بعلم النفس الإكلينيكي هو استعدادي الوراثي، بالإضافة لتأثير والدي. على أية حال، أذكر أنني كنت مهتماً بالسؤال: لماذا كنت على ما كنت عليه؟ معظم أصدقائي في الجامعة تخصصوا في الآداب، واحداً منهم فقط كان قد بدأ في دراسة طب الأسنان، وآخر في دراسة الطب، إلا أن أحداً منهم لم يتخصص في علم النفس. وبالنسبة لأولئك الذين لم يدخلوا الجامعة، فقد عملوا في الميكانيك وصيانة الطرق الخارجية. أما أنا، فقد تخصصت في أول سنتين جامعتين بالكتابة الإبداعية، حيث أردت أن أكون كاتباً روائياً.

لكنني أدركت بأنه من الصعب أن أكسب رزقاً معقولاً من كتابة الأشعار والروايات. وفي الفصل الثاني من العام الدراسي الثاني، أخذت مساقاً في علم نفس الشواذ. وقد وجدت المساق مشوقاً، ومناقشاً حتى لمساق في الأدب الإنجليزي كان يعطيه مدرّسٌ هببي طويل الشعر، وكان الطلبة يذهبون إلى منزله ليناقشوا معه أعمال فلوبيجيت، وهيلير، وكاستينادا (الأيام الجميلة الماضية). وكان علم النفس الإكلينيكي ميداناً يهتم بالقضايا التي كانت (أو ينبغي أن تكون) ذات أهمية أساسية لحياة أي فرد: لماذا أنت على ما أنت عليه؟ وما الذي يمكنك فعله إزاء ذلك؟ وربما كان اهتمامي عادياً بالنسبة لطلاب جامعي يمر بفترة طبيعية من التشوش واضطراب الهوية، أو ربما عكس اهتمامي بصراعاتي الداخلية ونزاعاتي الخاصة.

ومع نهاية الفصل، سألت المدرّس أن ينصحني ببعض القراءات الإضافية. كنت أدرس في كلية حديثة، وكان هذا هو المساق المتقدم الوحيد الذي تقدمه في علم النفس. وقد أوصى لي بثلاثة كتب: تفسير الأحلام لفرويد، الذات المنقسمة للانج، والجنس في التحليل النفسي لسالدر فريزري. ليست لدي أدنى فكرة عن سبب وضعه

لكتاب فريدي بير كتابي فرويد ولانج ، ولا يسع المرء إلا أن يشكهن حول ذلك . على أية حال ، فقد جذبتني كتابا فرويد ولانج ، لقد قرأتها بنهم شديد ، وقمت بشراء كتب أخرى لهما ولغيرهما ، وقررت أنذاك أن أغير تخصصي إلى علم النفس الإكلينيكي .

■ صف لنا الأنشطة التي تقوم بها كأخصائي إكلينيكي .

نشاطي الأساسي في ميدان علم النفس الإكلينيكي هو إجراء الأبحاث والإشراف عليها . إنني محظوظ بالمساعدة التي يقدمها العديد من طلاب الدراسات العليا الداعمين والموهوبين ، وقوي الدافعية العالية . إذ أن معظم دراساتي تتم بالتعاون مع الطلبة . فتحتى لملتقى بصورة منتظمة لمناقشة وتوليد أفكار جديدة للبحث ، وللعمل على حل صعوبات ومشكلات تواجهها مشاريع البحث الراهنة . في رأيي ، معظم الأشياء المثيرة للجدل والنزاع في علم النفس الإكلينيكي (إن لم تكن كلها) يمكن حلها من خلال الأبحاث التجريبية ، وأنا أستمع بالتحديات المتعلقة بمحاولة تصميم وإعداد مثل هذه المشاريع الهادفة .

كما أنني أقوم بتدريس عدد من طلبة الدراسات العليا والبيكالوريوس ، ويشمل ذلك علم نفس الشواذ ، والاضطرابات النفسية ، وتاريخ علم لنفس الإكلينيكي ، والمسائل الأخلاقية في علم النفس الإكلينيكي ، والشخصية . وأحاول التركيز على القضايا والجدليات المعاصرة . ويساهم عدد من طلابي الأكثر نجاحاً ، جزئياً ، في المناقشات الصفية .

كما أنني عضو محقق في مجلس علم النفس لولاية كنتاكي . إذ أن الأخصائيين الإكلينكيين ينبغي أن يكونوا مرخصين من قبل مجلس الولاية ، ويستقبل هذا المجلس الشكاوى المتعلقة بالممارسات الاحتيالية أو اللاأخلاقية . وأنا أقوم عادةً بالتحقيق في امر اثنين أو ثلاثة من الأخصائيين النفسيين في أي وقت . إن هذا العمل صعب ، ويستغرق وقتاً طويلاً ، ولا يكون سراً دائماً (هذا إذا لم يكن مبطناً) ، حيث لا يكون هناك رابحون .

كما أن لي عيادتي الصغيرة الخاصة ، تقصر على شخص أو اثنين ، والذين عادةً ما يكونون من طلبة البكالوريوس أو الدراسات العليا المسجلين في أقسام أخرى من الجامعة . كما أنني أشرف على العلاج النفسي الذي يقوم به طالب أو طالبان من طلاب البكالوريوس في مركز الخدمات النفسية ، وهو عيادة صغيرة يديرها قسم علم النفس في جامعة كنتاكي . وبعد توجيهي الشخصي في العلاج النفسي انتقائياً ، مع أنني أركز على المنظورين المعرفي - السلوكي والسيكودينامي (علاقات الموضوع) .

وبعيداً عن كل ذلك ، فإني أعني بالحديقة ، وألعب القمار ، وأنتظر بدء موسم كرة السلة بالجامعة .

■ ما هي مجالات تخصصك أو اهتمامك الدقيق؟

المجالات الرئيسية التي أهتم بها هي التشخيص ، التقسيم ، والتصنيف ، وخاصةً نماذج الأبعاد مقابل القطاعات في التصنيف ، الفروق والتجيزات الجندرية ، واضطرابات الشخصية . هنالك بالفعل إتيولوجيات واضطرابات محددة ، إلا أنني أعتقد بأن معظم حالات الاضطراب النفسي تنجم عن تفاعل معقد على مر الزمن ، ما بين عدد من التهيؤات البيولوجية - الجينية والخبرات البيئية . ووضع الحدود ما بين الوظائف السوية والشاذة هو أمر يعنى الكثير ، لكنه اعتباري في العديد من النواحي . إنني لا أعتبر الأشخاص الذين يعانون من الاضطرابات النفسية يختلفون عنا كلياً ("أنا بخير ، وأنت لست كذلك") . فلم أقابل أي شخص لا أرى أنه يعاني من اضطراب نفسي . وربما كانت هذه الإشارة جدلية ، ولكن ربما لا ينبغي أن تكون كذلك . فلا مشكلة لدينا في الاعتراف بأننا قد عانينا

من العديد من الاضطرابات النفسية في حياتنا، وربما نعاني الآن من عدد منها. ولكن نتيجة لوصمة العار المرتبطة بالاضطرابات النفسية (الخوف من أننا لسنا "سادة أفعالنا" بالفعل) فإننا نؤمن أحياناً بأننا لم نعان أبداً ولن نعاني من اضطراب نفسي ("أنا بخير ولست بخير"). يمكن أن تكون الحياة صعبة للغاية، وستتركنا تهيؤاتنا الجينية وخبراتنا الأسرية/ الاجتماعية/ الثقافية، في النهاية، في عواصف وصراعات وارتباك، وأمور لا منطقية وقبوح عدة، مما سيضعف كثيراً من قدرتنا على عيش حياة موفضة وممتعة وذات معنى. وأخيراً ربما لا يكون أي منا بصحة نفسية تامة حقاً ("أنا لست بخير، ولا أنت").

■ ما هي التوجهات المستقبلية التي تراه لعلم النفس الإكلينيكي؟

إن السؤال المتعلق بمستقبل علم النفس الإكلينيكي سؤال جيد. يبدو أننا في فترة زمنية مهمة بالنسبة لهذه المهنة. وقد يختلف الأمر عما هو عليه الآن بعد 50 عاماً. فزسلافي الأصغر متي ستألبهم الطبايع أن هذه المهنة مكتملة التأسيس، وأنها ستقاوم بنجاح أية صغوط اقتصادية يمكن أن تقوضها. إلا أنها -في النهاية- مهنة، وقد ظهرت نفسها إلى لوجود استجابة لمثل هذه الصغوط.

■ ما هي إيجابيات المقابلات المقننة، وما هي التطورات المستقبلية التي تراها لهذا النوع من التقييم؟

ربما يكون النقد الإيجابي بمثابة دماء الحياة بالنسبة للتقدم العلمي. فقد تطور جزء كبير من التوثيق العلمي لفعالية لعلاج النفسي رداً على التهمة القائلة إن العلاج النفسي ليست له أي فوائد حقيقية. وقد ظهر اتجاه مماثل في مجال التقييم الإكلينيكي، بما فيه المقابلات الإكلينيكية غير المقننة. وعلى الإكلينيكين أن يدافعوا عن صدق تشخيصاتهم وتقييماتهم أمام القضاة، والمحامين، ومجالس التقييم والمراجعة، وشركات التأمين وغيرها. وقد يكون لبعض هذا النقد والهجوم دوافع ذاتية مصلحية (وربما لا تكون أخلاقية)، ولكن مع ذلك لا بد من التصدي له.

إن أحد الابتكارات الأساسية التي ظهرت في الدليل التشخيصي الثالث (DSM-III) الصادر عن الرابطة الطبية النفسية الأميركية، هو إعداد مجموعة من المحكات المحددة والواضحة لتسهيل الوصول إلى تشخيصات إكلينيكية ثابتة. فقبل صدور الدليل الثالث، كانت التشخيصات الإكلينيكية تقتصر على الثبات، وبالتالي تفتقر إلى الصدق. فإذا ما قدم أخصائيان إكلينيكيان تشخيصين مختلفين، فمن غير المحتمل أن يكون كلاهما مريضاً. لذا، فالمحككات البديلة المحددة والواضحة في الدليل التشخيصي الثالث، أدت إلى إمكانية الحصول على تشخيصات ثابتة في الأبحاث، الأمر الذي قاد إلى إجراء أبحاث غنية بالمعلومات (وأخرى مكررة) حول الإنبولوجية والاضطراب النفسي والمعالجة.

على أية حال، فقد تشير الأبحاث أيضاً إلى أنه لا تزال هنالك تشخيصات غير ثابتة تحدث في المواقع الإكلينيكية التطبيقية، والكثير منها يُعزى إلى الفشل في إجراء تقييمات منظمة وشاملة لمجموعة محكات التقييم. نعم، ستكون هنالك حالات تُبرر عدم الالتزام بالدليل التشخيصي؛ إلا أن مثل هذا الانحراف ينبغي أن يكون معلوماً وموثقاً. هذا، وتعمل التقييمات الإكلينيكية غير المقننة في الممارسات الإكلينيكية الروتينية على أن تكون غير منظمة، ومتركزة حول الشوجه الفكري، وغير ثابتة. ونتيجة لذلك، نجد أنها تفتشل في الارتباط بصورة بناءة بمؤشرات الصلح الخارجية (external validators) (أي المتنبئات الصادقة للإنبولوجية، والاضطراب النفسي، والمعالجة)، وعادة ما يتم ربطها بمتنبئات الجندر، والعرق، وغيرها من التوقعات أو الافتراضات المثيرة. والتي تفتقر عادة إلى المصادقة عندما يتم تحليلها ونقدها من قبل مراجع خارجي.

وتوفر المقابلات الإكلينيكية شبه المقننة كثيراً من الإيجابيات والفوائد . فهي تضمن أن المقابلة ستكون منظمة ، شاملة ، وقابلة للتكرار ، كما أنها تقلل من ظهور التحيزات والافتراضات ذات توجهات فكرية معينة . وتتضمن استفسارات وتحريات أظهرت تجريبياً أنها تجمع معلومات مفيدة . كما أن التشخيصات الثابتة والصادقة تصبح ممكنة إذا ما كانت المقابلة منظمة وشاملة وموضوعية . وينبغي استخدام المقابلات شبه المقننة في التقييمات الجنائية وتقييم العجز ، وغيرها من التقييمات الرسمية ، وينبغي أن تكون جزءاً من تقييمات الإدخال الأولية (إضافة إلى استبانات التقرير الذاتي المسحية) . وهذا لا يعني بأن المقابلات شبه المقننة تخلو من المحدوديات .

فقد تشكل هذه المقابلات عائقاً أمام تشكيل علاقة الألفة . على أية حال ، فإجراء المقابلات شبه المقننة قد يتم إدراجه ضمن الممارسة الإكلينيكية دون تحمل مزيد من التكلفة . وهنا أود الإشارة إلى أن معظم برامج الدراسات العليا في علم النفس الإكلينيكي تخصص عاماً للتدريب على التقييم . وفي السنوات المبكرة من المهنة ، لم يبد أن أحداً قد أولى أية أهمية للمقابلة الإكلينيكية الموضوعية المنظمة والشاملة . على أية حال ، فإنني أتوقع أن تقوم برامج تدريب التقييم المستقبلية لطلبة الدراسات العليا في علم النفس الإكلينيكي بإيلاء مزيد من الاهتمام بتقنيات المقابلات الإكلينيكية شبه المقننة .

ومن الواضح بأن هدف مقابلة الأزمات هو مواجهة المشكلات فور ظهورها ، وتقديم مصدر فوري للمساعدة ؛ فهي تهدف إلى تقليل احتمالية حدوث كارثة ما ، وتشجيع المتصلين للدخول في علاقة مع العيادة ، أو إحالتهم إلى جهة ما ، يمكنها توفير حلول مفيدة وطويلة الأمد . وإجراء مثل هذه المقابلة يحتاج إلى التدريب والحساسية والقدرة على الحكم . فتوجيه سؤال خاطئ في مقابلة كهذه لن يؤدي إلا إلى معلومات مفتتة وخاطئة ، كما أن المتصل الذي يُطرح عليه هكذا سؤال ربما يغلق الحُظ في وجهك . ومع بداية تجاوز الخدمات الإكلينيكية حدود العيادة التقليدية ، فمن المحتمل هنا أن تضعف ، وذلك لأن طبيعة هذه المواقف تقلل من فرص تحكم الأخصائي الإكلينيكي وسيطرته . على أن ما يساعد في تجاوز هذه المشكلات هو إمكانية التدخل أثناء حدوث الأزمات الحقيقية .

المقابلة التشخيصية The Diagnostic Interview

كما ذكرنا في الفصل الخامس ، يقوم الأخصائي الإكلينيكي بتشخيص المرضى وفقاً لمحكّات الدليل التشخيصي الرابع (IV-DSM) . فقد تقوم شركات التأمين ، أو اتفاقيات البحث العلمي ، أو حتى هيئات المحاكم ، بطلب إعداد تقييمات تشخيصية . أما كيفية توصيل الأخصائي الإكلينيكي إلى مثل هذه التشخيصات ، فهذا أمر يعود إليه على أية حال . وتاريخياً ، فقد تم استخدام المقابلة الإكلينيكية في التشخيص ؛ وهي مقابلة حرة غير مقننة (unstructured interview) يختلف محتواها بشكل كبير من إكلينيكي إلى آخر .

وكما هو متوقع ، فإن هذا الأسلوب من المقابلة كثيراً ما يُنتج تقديرات غير ثابتة ؛ وذلك لأن قيام اثنين من الإكلينيكين بتشخيص المريض نفسه بهذه الطريقة قد يقود إلى صيغ تشخيصية مختلفة . كما أن الأبحاث المتعلقة بثبات التشخيص باستخدام المقابلات الإكلينيكية غير المقننة ، لم تدعم استخدام مثل هذا الترجه (e.g. , Matarazzo, 1983; Ward, Beck, Mendelson, Mock & Erbauch, 1962) .

ولحسن الحظ ، تغيرت الأمور عما كانت عليه . فقد قام الباحثون بتطوير المقابلات التشخيصية المقننة (structured diagnostic interviews) التي يمكن للأخصائيين الإكلينيكين استخدامها في أبحاثهم أو عملهم . وتتألف المقابلة التشخيصية المقننة من مجموعة محددة من الأسئلة وأسئلة التحري اللاحقة (follow-up probes) ، يتم طرحها بتسلسل محدد . ويتضمن استخدام المقابلة التشخيصية المقننة أن يتم سؤال جميع المرضى أو المفحوصين الأسئلة ذاتها ، بما يزيد من احتمال أن يتوصل إكلينيكيان يقومان بتقييم المريض نفسه إلى الصيغة التشخيصية نفسها (ثبات عالٍ بين المحكمين) .

وهناك عدد من المقابلات التشخيصية المقننة المتاحة للأخصائيين الإكلينيكين . ويبين الشكل 6-1 جزءاً من المقابلة الإكلينيكية المقننة لاضطرابات المحور الأول من الدليل التشخيصي الرابع المعدل (Structured Clinical Interview for Axis I DSM- IV Disorders) ((I-SCID)) (First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1995) . ويساعد هذا الجزء من المقابلة في التعرف على وجود محكات الدليل التشخيصي الرابع للفوبيا المحددة . وتظهر الأسئلة التي يتم سؤالها في العمود الأيمن ، أما المحكات الفعلية في الدليل التشخيصي الرابع فتظهر في العمود الأوسط .

ثبات المقابلات وصدقها Reliability and Validity of Interviews

كما هو الحال في جميع أشكال التقييم النفسي ، من الضروري تقدير ثبات المقابلات وصدقها . ويتم تقييم ثبات المقابلة عادةً من خلال مدى الاتفاق بين اثنين من المحكمين على الأقل ، يقومان بتقييم المريض أو العميل نفسه . ويشير الاتفاق بينهما إلى إجماعهما على التشخيص المطلوب ، أو على تقديرهما للسمات الشخصية ، أو على أي نوع آخر من المعلومات المستخلصة من مقابلة ما . ويُشار إلى ذلك بالثبات بين المحكمين (interrater reliability) . ويمكن تقديره رقمياً بعدة طرق ، بما فيها معامل ألفا (Kappa coefficient) (Cohen, 1960) أو معامل الارتباط الداخلي (Shrout & Fleiss, 1979) .

الشكل 6-1 الجزء الخاص بالفوبيا محددة المصدر من المقابلة الإكلينيكية المقننة لاضطرابات

الدليل التشخيصي (I-SCID) للمحور الثاني من الدليل التشخيصي (IV-DSM)

Source: From Structured Clinical Interview for Axis I DSM-IV Disorders 1996 by M.

B. First, R. L. Spitzer, M. Gipson, and J. B. W. Williams, pp. F16-F19

| الفوبيا المحددة* | | محت الفوبيا محددة المصدر | | السؤال السليم | |
|--|--|--|--|--|----|
| | | | | نعم | لا |
| <p>إذا كنت الإجابة عن السؤال التالي، تفضل إلى "اضطراب الوسواس القهري".</p> <p>إذا كنت الإجابة عن السؤال التالي بـ "نعم"، فأت أن هناك أموراً أخرى تخاف منها بوجه خاص، كالظيران، روية الدماء، الإصابة برصاصة، المرتفعات، الأماكن المغلقة، أو أنواع معينة من الحيوانات أو الحشرات...</p> <p>إذا لم يتم استخدام السؤال: من هناك أية أشياء أخرى تخاف منها بشكل خاص، كالظيران، روية الدماء، الإصابة برصاصة، المرتفعات، الأماكن المغلقة، أو أنواع معينة من الحيوانات أو الحشرات؟</p> <p>أخبرني عما يخفك.</p> <p>ماذا تخشى حذونه عند (مواجهة المثير المخيف)؟</p> | | <p>أ. خوف واضح ومتكرر بطريقة لا داعي لها أو غير منطقية، يتلاحظ من خلال ظهور أو نوب قهري القهر أو الموقف المخيف (كالظيران، والمرتفعات، والحيوانات، تثنى حقتة، مشاهدة الدماء).</p> | | <p>1 2 3 تفضل إلى "اضطراب الوسواس والأفعل القهرية"</p> | |
| <p>هل تشعر دائماً بالخوف عند (مواجهة المثير المخيف)؟</p> | | <p>ب. التعرض للمثير المخيف يتم بشكل متكرر تقريباً استجابة قلق عورية، وتسمى قد تلاحظ شكل ارتداد موقفي أو التعرض لنوبة قزع مرتبطة بالموقف. ملاحظة: عند الأطفال قد يتم التعبير عن القلق بأشياء فوبيا تعصب، جمود، شحمة، أو التمسك.</p> | | <p>1 2 3 تفضل إلى "اضطراب الوسواس والأفعل القهرية"</p> | |
| <p>هل تعتقد أنك تخاف من (المثير المخيف) بشكل أكثر مما ينبغي (أو بصورة غير منطقية)؟</p> | | <p>ج. يدرك الشخص أن تخوفه مبالغ فيه أو غير منطقي. ملاحظة: لدى الأطفال، قد لا تكون هذه الصفة موجودة.</p> | | <p>1 2 3 تفضل إلى "اضطراب الوسواس والأفعل القهرية"</p> | |

1 - غير موجود أو خطأ 2 - أقل من المعتاد 3 - وفق المعتاد أو صواب

| | | | | |
|----|---|---|---|---|
| 70 | ف | 3 2 1 ؟ انتقل إلى * اضطراب الوسواس والأفكار الفهرية * | د. يتم تجنب الموقف المخيف أو يمكن تحمله بضميق وقلق شديد. | هل بذلت جهداً كبيراً لتجنب (تسمير المخيف)؟ (هل هناك أشياء لا تقوم بها بسبب خوفك، والتي كنت تقوم بها توتلاً؟) إذا كانت الإجابة بـ "لا" ما مدى صعوبة قيامك بذلك (مواجهة المثير المخيف)؟ |
| 71 | ف | 3 2 1 ؟ انتقل إلى * اضطراب الوسواس والأفكار الفهرية * | هـ. يؤثر التجنب أو التوقع القلق أو الضيق بصورة واضحة في الروتين المعتاد للفرد، وأنه يؤثر في العمل (أو الدراسة)، أو تسلطه الاجتماعية أو العلاقة مع الآخرين، أو أن هناك ضغطاً واضحاً من الآخرين. | إذا لم ينصح ما إذا كان الخوف ذا دلالة إكلينيكية؛ ما مقدار تدخل هذا الأمر (الغواص) في حياتك؟ (هل تجنبت شيئاً ما بسبب خوفك من (تسمير المخيف)؟ إذا لم يتدخل في حياة الشخص؛ ما مقدار ما سببه تسمير (المثير المخيف) من ضيق؟ |
| 72 | ف | 3 2 1 ؟ انتقل إلى * اضطراب الوسواس والأفكار الفهرية * | و. للأفراد أقل من 18 عاماً، تكون مدة 6 أشهر على الأقل. | إذا كان العمر أقل من 18 عاماً؛ منذ متى تراودك هذه المخاوف؟ |
| 73 | ف | 3 2 1 ؟ انتقل إلى * اضطراب الوسواس والأفكار الفهرية * | ز. لا ينبغي للقلق، نوبات الفزع، أو تجنب المثير المخيف المرتبط بشيء أو موقف محدد. أن يكون تفسيراً لأي اضطراب نفسي آخر، مثل الوسواس الفهري (كأنخوف من المناسبات)، اضطراب ما بعد الصدمة (كالتجنب المثير المرتبط بضغوط قوی)، اضطراب قلق الانفصال (كالتجنب المدرسة)، الغواص الاجتماعية (كالتجنب المواقف الاجتماعية خوفاً من الإحراج)، اضطراب الفزع مع تخوف من الأماكن المفضحة، أو الخوف من الأماكن المفضحة مع وجود تاريخ من اضطراب الفزع. | إذا لم ينصح وجود الاضطراب بعد؛ عد إلى هذه الفقرة بعد الانتهاء من تجزئة المعلق باضطراب ما بعد صدمة واضطراب الوسواس الفهري. |

؟ = لا توجد معومات كافية 1 = غير موجود أو خطأ 2 = أقل من العتبة 3 = وفق العتبة أو هو أب

74 ف

3

1

يتم ترميز السمات الشخصية

أ، ب، ج، د، هـ، و، ز لتقريباً

بالرقم '3'

أذهب إلى *اضطراب القويدي
الوسوس والأفعل
القفريّة*

تحديد نوع الخوف:

(ضع إشارة صح على المخاوف المنطقية)

75 ف

— من الحيوانات (بما فيها الحشرات).

76 ف

— من مخدرات بنّية مخدّدة (تشمل الوصفات،

المرتفاعات، الماء).

77 ف

من الدماء/تحقق/الإصابة (تشمل رؤية الدماء أو

الإصابة أو سقلى حقة أو غيرها من إجراءات

تخترق الجسم).

78 ف

— الخوف الموقفي (وشمل التنقل بوسائل المواصلات،

الأنفاق، الجصور، المصاعد، الطيران، قيادة

المركبات، أو الأماكن المزدحمة).

79 ف

— نوع آخر (مثل تخوف من المواقف التي قد تؤدي

إلى الاختناق، أو الدليق، أو الإصابة بحدود).

حدد النوع:

الإطار الزمني للتقريب المحددة

80 ف

3

1

4

تطبيق سمات التقريب المحددة خلال

إذا تم يكن الاضطراب وضد: هل ضيفك

التميز العائلي.

(المسح الخفيف) خلال التميز العائلي؟

81 ف

وضح سدة الاضطراب في الوقت الحالي:

1- خفيف: أعراض خفيفة إن وجدت، تتجاوز تلك اللازمة للتشخيص بوجود الاضطراب، وأما

الاضطراب 2- متوسّط: أعراض بعض التدهور في الأداء الوظيفي الاجتماعي أو المهني.

3- شديد: العديد من الأعراض تتجاوز تلك اللازمة للتشخيص بوجود الاضطراب، أو أن عدداً منها

شديد جداً في الوقت الحالي، أو أن الأعراض مؤثر بشكل كبير في تدهور أداء الفرد بوظائفه الاجتماعية

أو المهنية.

أكمل بالرجوع إلى *الملاحظة المتعلقة بالعمر* أدناه

1 = غير موجود أو خطأ 2 = أقل من المعتاد 3 = وفق المعتاد أو متوسط 4 = لا توجد معلومات كافية

إذا لم يتم مطابقة المحنة التحلي بشكل تام (أو بدلاً):

- 4- في الشفاء التحليل: تمت مطابقة محركات الاضطرابات بدقة. أما الآن فتم تيقن البعض الأعراض والآثار.
- 5- في الشفاء التام: تم بعد هذه أية أعراض أو آثار تشير إلى وجود الاضطراب، ولكن - رأيت هناك أهمية إضافية لملاحظة تعرض: كل يكون الشخص الذي عانى من أعراض من القوي المحددة قد خفت أعراضه على مقياس تفتق في الثلاث سنوات الماضية.
- 6- التاريخ السابق: تمت مطابقة محركات الاضطرابات في السابق، إلا أن الفرد تغير متعللاً منه.

منى كلفت آخر مرة مررت فيها بـ
(أو يظهر للقوي المحددة)²
عدد الأسير السليفة للمقابلة، والتي ظهرت
فيها أعراض القوي المحددة

الملاحظات المتعلقة بالعمر

إذا لم يكن معروفه تم فإن عمره عندما
بدأت تدعى من (أي يظهر للقوي
المحددة)²
العمر الذي بدأ فيه ظهور الاضطراب
(العمر 99 إذا لم يكن معروفه).

الذهب إلى "اضطراب
الوساوس والأفكار
الغريبة"

٢ - لا توجد معلومات كافية 1- غير موجود أو خطأ 2- أقل من العتبة 3- وفق تفسر أو صواب

أما صدق المقابلة فيُعنى بمدى قدرتها على قياس ما ينبغي لها أن تقيسه . فعندما يظهر مثلاً أن الدرجات التي تم الحصول عليها من مقابلة لتقييم الاكتئاب ترتبط ارتباطاً عالياً بالدرجات التي يتم الحصول عليها من مقياس تقرير ذاتي حول الاكتئاب ، فإن هذا يشير إلى وجود درجة من الصدق تسمح لنا باستخدام درجات هذه المقابلة في تقييم الاكتئاب . ويمكن تحديد دلالات الصدق التنبؤي (predictive validity) للمقابلة إذا كانت الدرجات التي يتم الحصول عليها من هذا المقياس ترتبط بصورة دالة (وبالتالي "تنبأ") بأحداث مستقبلية يُعتقد أنها مرتبطة بتلك السمة . فإذا ما كانت الدرجات التي تم الحصول عليها من مقابلة للاكتئاب مثلاً مرتبطة بدرجة عالية مع تدني الأداء الأكاديمي خلال الشهرين القادمين ، يمكننا إذن الحكم بوجود دليل يدعم الصدق التنبؤي لهذه المقابلة .

ومن الواضح أن صدق مقياس ما - كالمقابلة - وثباته مسألة نسبية . فالدرجات التي يتم الحصول عليها من المقابلة - مثل تلك التي يتم الحصول عليها من الاختبارات النفسية - لا تكون دوماً ثابتة أو صادقة تماماً . ولكن كلما زاد الثبات والصدق ، كنا أكثر ثقة بنتائجنا . والآن ، فلنلق نظرة أكثر عمقاً على مسائل الثبات والصدق المتعلقة بالمقابلة .

إن المقابلة المقننة ذات التعليمات الواضحة والمحددة في التصحيح ستكون أكثر ثباتاً من المقابلة غير المقننة ؛ وذلك لأن المقابلة المقننة تقلل من تباين المعلومات ، ومن تنوع المحكّات أيضاً . ويشير تباين المعلومات (information variance) إلى تنوع تلك الأسئلة التي بطرحها المعالج ، والملاحظات التي تتم أثناء المقابلة ، وأسلوب دمج المعلومات التي تم الحصول عليها وربطها (Rogers, 1995) . أما تباين المحكّات (criterion variance) ، فيشير إلى تنوع عتبات التصحيح بين الإكلينيكين (Rogers, 1995) . وهنا ، فإن الخطوط الإرشادية الواضحة من شأنها أن تزيد من احتمالات قيام أخصائيين إكلينيكين بتصحيح استجابات المفحوص نفسه ، بطريقة متماثلة .

ولأن معظم الأبحاث المتعلقة بالخصائص السيكومترية للمقابلات تركز على المقابلة التشخيصية المقننة ، فسنناقش بعضاً منها بشيء من التفصيل . هذا ، مع الأخذ بعين الاعتبار أن المقابلات التشخيصية كانت ، ولسنوات خلت ، تعد غير ثابتة بتاتاً (Matarazzo, 1983; Ward et al., 1962) . على أية حال ، فقد تغيرت الأمور عما كانت عليه سابقاً . فأولاً ، مع تقديم الدليل التشخيصي الثالث (American Psychiatric Association, 1980) ، تم تطوير محكّات إجرائية لمعظم تشخيصات الاضطرابات النفسية ، مما سهّل معرفة أي المظاهر ينبغي تقييمها للوصول إلى تشخيصات نفسية معينة أو استثنائها . ثانياً ، وهو الأكثر أهمية ، قامت مجموعات من الباحثين بتطوير عدد من المقابلات المقننة لتقييم مختلف المحكّات الواردة في الدليل التشخيصي للاضطرابات النفسية ، بصورة منظمة . وعليه ، أصبح من الواضح أن المعلومات التشخيصية المستمدة من المقابلات المقننة ، تتميز بثبات يتفوق على تلك المستمدة من المقابلات غير المقننة (Rogers, 1995) .

وكما ذكرنا سابقاً ، فالنمط الأكثر شيوعاً في تقييم ثبات المقابلات التشخيصية المقننة وتحديد هو الثبات بين المحكمين . ومن أنواع الثبات الأخرى المستخدمة في فحص المقابلات التشخيصية المقننة وغيرها من الاختبارات ، ثبات إعادة الاختبار (test-retest reliability) ؛ أي مدى اتساق الدرجات أو التشخيصات عبر الزمن . وبشكل عام ، فإننا نتوقع أن يحصل الأفراد على الدرجات أو التشخيصات نفسها عند إعادة تطبيق المقابلة . فمثلاً ، إذا ما تم تشخيص مريض ما على أنه يعاني من الاكتئاب الأساسي بناءً على نتائج المقابلة المقننة ، فيُتوقع أن يتلقى المريض هذا التشخيص نفسه إذا ما تمت إعادة مقابلته (باستخدام المقابلة المقننة نفسها) في اليوم التالي . وبشكل عام ، نتوقع أن يكون الثبات بإعادة الاختبار لمقابلة ما مرتفعاً إذا كانت الفترة الفاصلة بين الاختبار الأول وإعادة الاختبار فترة قصيرة (ساعات أو أيام قليلة) . على أية حال ، عندما تكون الفترة الفاصلة طويلة

(أشهر أو سنوات) فإن الثبات بإعادة الاختبار سيعاني حتماً . ولعل أحد أسباب ذلك - خاصةً عند تقييم التشخيصات النفسية "الراهنه"- هو احتمال حدوث تغيير في الحالة النفسية لدى المريض . فمثلاً ، إذا لم يتلقَ المريض تشخيصاً بالاكْتئاب الأساسي عند إعادة الاختبار بعد ستة أشهر ، فهذا لا يعني بالضرورة التشكيك بنتائج المقابلة المقننة . إذ أن نوبات الاكْتئاب الأساسي قد تكون قصيرة ، مما يعني أن مقابلتنا قد تكون دقيقة للغاية في عدم الكشف عن أي تشخيص عند إعادة الاختبار .

والمهم هو أن مستوى ثبات إعادة الاختبار الذي يتم الحصول عليه يجب تفسيره في إطار طبيعة المتغير (كأن تكون حالة مؤقتة أو عرض مؤقت ، مقابل كونها سمةً شخصية ثابتة) ، إضافةً للفترة الزمنية الفاصلة بين الاختبار وإعادة اختباره . فعندما يكون ثبات إعادة الاختبار متدنياً ، يمكن أن يُعزى ذلك إلى مجموعة من العوامل ؛ مثل ميل المريض إلى ذكر عددٍ أقل من الأعراض في إعادة الاختبار ، أو ملله أو تعبته عند إعادة الاختبار ، أو اختلاف مزاجه عند وصفه للأعراض (Sher&Trull, 1996) . والجدول 4-6 يبين ملخصاً لأنواع الثبات للمقابلات المقننة .

الجدول 4-6 أنواع الثبات الشائعة التي تساعد في تقييم المقابلات

| نوع الثبات | تعريفه | ملخص إحصائي |
|---------------------------------|---|---|
| الثبات بين المحكمين أو المقيمين | مؤشر على درجة الاتفاق بين اثنين أو أكثر من المقيمين أو المحكمين في تقديرهم لمستوى السمة الموجودة ، أو لوجود مظهر تشخيصي معين أو غيابه . | معامل ارتباط بيرسون "ر" الارتباط الداخلي معامل ألفا |
| ثبات إعادة الاختبار | مؤشر على اتساق درجات المقابلة عبر فترات زمنية مختلفة | معامل ارتباط بيرسون "ر" معامل ألفا |

يمكن أن يأخذ صدق المقاييس النفسية أشكالاً عديدة . فصدق المحتوى (content validity) يشير إلى مدى شمولية المقياس في تقييمه للمتغير قيد الاهتمام . بكلمات أخرى ، هل بقيس المقياس كل النواحي الهامة من السمة المراد قياسها بشكل ملائم أم لا؟ فالمقابلة المصممة لقياس الاكتئاب مثلاً ، نتوقع منها أن تحتوي على أسئلة متعددة ، تقيس الأوجه الانفعالية والمعرفية والنفسية المختلفة للاكتئاب .

ويشير الصدق المرتبط بمحك (criterion-related validity) إلى قدرة مقياس ما على التنبؤ (الارتباط) بالدرجات التي يتم الحصول عليها من خلال مقاييس أخرى ذات صلة بالموضوع . وقد يتم تطبيق هذه المقاييس بصورة متزامنة مع المقابلة (الصدق التلازمي - concurrent validity) ، أو في وقت لاحق مستقبلاً (الصدق التنبؤي - predictive validity) . فالمقابلة التي تقيس اضطراب السلوك في الطفولة مثلاً ، قد يُقال إنها تتمتع بالصدق المرتبط بمحك وفقاً لمدى ارتباط درجاتها بمقاييس أخرى حول السلوك العدواني ورفض الرفاق .

أما الصدق التمييزي (discriminative validity) فيشير إلى قدرة المقابلة على عدم الارتباط بمقاييس لا ترتبط نظرياً بالسمة التي يتم قياسها . فمثلاً لا يوجد سبب نظري يربط الرهاب أو الفوبيا (من الأماكن المرتفعة مثلاً) بنسبة الذكاء . وبالتالي ، فإن الإقرار بعدم وجود ارتباط دال بين المقياسين يمكن أن يدل على الصدق التمييزي للمقابلة التي تقيس تلك الفوبيا .

الجدول 6-6 أنواع الصدق الشائعة التي تساعد في تقييم المقابلات

| نوع الصدق | تعريفه |
|--|--|
| صدق المحتوى | الدرجة التي تقيس فقرات المقابلة من خلالها الجوانب المختلفة للمتغير بشكل ملائم . |
| الصدق التنبؤي | الدرجة التي يمكن أن تتنبأ (ترتبط) درجات المقابلة من خلالها بالسلوك أو بدرجات اختبار ملاحظة حالياً ، أو يُتوقع ظهورها في المستقبل . |
| الصدق التلازمي | مدى ارتباط درجات المقابلة بمجموعة من درجات الاختبارات/ المقابلات أو السلوكيات المرتبطة بها . |
| صدق البناء | مدى ارتباط درجات المقابلة بمقاييس أو سلوكيات أخرى ، بطريقة متسقة منطقياً ونظرياً . ويشمل هذا تحديد التفارب والصدق التمييزي . |
| ملاحظة : الصدق التنبؤي والصدق التلازمي نوعان فرعيان للصدق المرتبط بمحك . | |

وأخيراً ، هناك مصطلح صدق البناء أو المفهوم (construct validity) الذي يُشير إلى كل نواحي الصدق السابقة . وعليه ، فالعديد من الباحثين يصفون عملية تطوير مقياسٍ ما والتحقق من صدقه على أنها فعلياً عمليةً لإيجاد صدق البناء . ويصف لنا الجدول 6-6 مؤشرات الصدق . وفي حالة المقابلات المقننة ، يُفترض وجود صدق المحتوى ، لأن هذه المقابلات طوّرت بهدف قياس محركات الدليل التشخيصي لاضطرابات نفسية محددة ، مما يُبقي الحاجة ماثلةً إلى بذل جهودٍ أخرى لإثبات صدق المقابلة من حيث : الصدق المرتبط بمحك ، والصدق التمييزي ، وصدق البناء .

وعلى الرغم مما أجري من دراساتٍ حول الصدق ، فهناك حاجة إلى المزيد منها . فلنأخذ إحدى المقابلات التشخيصية المقننة المشهورة كمثال ، وهي المقابلة الإكلينيكية المقننة لاضطرابات الدليل التشخيصي (Structured Clinical Interview for Axis I DSM-IV Disorders) (SCID) . وكما يذكر روجرز (1995) ، هناك القليل من الدراسات التي حاولت إثبات الصدق المرتبط بمحك والصدق التمييزي لمقابلة اضطرابات الدليل التشخيصي (SCID) . وبالتحديد ، لم تقم أيٌّ من الدراسات بمقارنة التشخيصات التي يتم الحصول عليها من مقابلة اضطرابات الدليل التشخيصي (SCID) بدرجاتٍ تم الحصول عليها من مقابلات تشخيصية أخرى ، أو بتشخيصات إكلينيكية ، أو بدرجاتٍ من قوائم التقرير الذاتي .

ما السبب في ذلك؟ لقد أشار روبنز (Robins, 1985) إلى عدد من الصعوبات المرتبطة بعملية إثبات صدق المقابلات التشخيصية المقننة . إذ لا تتوافر الاختبارات المخبرية التي تثبت صدق تشخيصات الاضطرابات النفسية ، وبالتالي لا يوجد "معايير ذهبية" يمكن استخدامها للمقارنة . إضافةً إلى ذلك ، فقد تم تطوير المقابلات التشخيصية المقننة جزئياً على الأقل ؛ وذلك لتدني مستوى الرضا عن استبانات التقرير الذاتي . لذلك لا يبدو أنه من الملائم أو المرغوب به استخدام مثل هذه الاستبانات كمعايير ذهبية . فعدم الاتفاق بين المقابلة التشخيصية المقننة وقائمة التقدير الذاتي قد يؤدي إلى التشكيك بصدق الاستبانة أكثر من تشكيكه بصدق المقابلة التشخيصية المقننة . وتظهر المشكلة نفسها عند استخدام "الانطباعات الإكلينيكية" (clinical impression) (بناءً على المقابلات التشخيصية غير المقننة) كمصدر للمقارنة . وفي تصديهم لمسألة الصدق ، قام بعض الباحثين باستخدام تصميم إعادة الاختبار ، إلا أن ذلك يعكس ثبات درجات المقابلة أكثر من بيانه لصدقها . وبالطبع ، فإننا نتوقع أن المقياس الصادق سيكون أيضاً مقياساً ثابتاً ، إلا أن تصميم إعادة الاختبار لا يجيب بصورة مباشرة عن الأسئلة المتعلقة بالصدق .

وهذه النقاط جميعاً جديرة بالاعتبار . يجب أن ندرك أنه لا يوجد محك خالٍ من الأخطاء يفيدنا في المقارنة . وفي هذه المواقف ، يمكن أن نقوم بإجراء عدد من دراسات الصدق باستخدام عدة مقاييس محكية . وستزداد ثقتنا بصدق المقابلة المقننة بناءً على عدد المرات التي نجد فيها ارتباطاً عالياً بين الدرجات على هذه المقابلة ، ودرجات مقاييس أخرى بديلة للسمة نفسها أو أخرى مشابهة ؛ وبعدم ارتباطها بصورة دالة ، في نفس الوقت ، بدرجات لمقاييس أخرى لسمات لا ينبغي أن ترتبط - نظرياً - بالتشخيص قيد الدراسة .

اقتراحات لتحسين الثبات والصدق

Suggestions for Improving Reliability and Validity

وتلخص المقترحات التالية بعضاً مما ذكرناه في نقاشنا السابق ، وينبغي أن تساعدك على تحسين ثبات المقابلات وصدقها أيضاً .

1 . استخدم المقابلات المقننة كلما كان ذلك ممكناً . هنالك عدد كبير ومتنوع من المقابلات المقننة التي تُستخدم لإجراء مقابلات الإدخال/القبول ، وتاريخ الحالة ، وفحص الحالة العقلية ، والأزمات ، والتشخيص .

2 . إذا لم تكن هناك مقابلة مقننة للأغراض التي تسعى إلى قياسها ، حاول أن تقوم بتطوير واحدة . قم بجمع مجموعة مقننة من الأسئلة لاستخدامها ، وطور عدداً من الإرشادات أو التعليمات لتصحيح درجات المفحوصين ، ثم طبق هذه المقابلة على عينة ممثلة من المفحوصين ، واستخدم التغذية الراجعة من المفحوصين والأخصائيين الذين أجروا المقابلات ، لكي تعمل على تعديلها . إن إنماء هذه العملية من شأنه أن يساعدك على فهم ما تحاول تقييمه أكثر من أي شيء آخر ، وسيساعدك كي تكون أقدر على إجراء المقابلة .

3 . سواء كنت تستخدم مقابلة مقننة أم لا ، هنالك مهارات ضرورية للمقابلة : تكوين الألفة ، والاتصال الفعال ، والإصغاء الجيد ، ومعرفة متى وكيف تطرح أسئلة إضافية ، والملاحظة الجيدة للسلوكات غير اللفظية للمريض .

4 . كن واعياً بدوافع المريض وتوقعاته المتعلقة بالمقابلة . فعلى سبيل المثال ، ما مدى حاجة المريض إلى الموافقة أو القبول الاجتماعي؟

5 . كن حذراً من توقعاتك وتحيزاتك وقيمك الثقافية . اطلب من شخص آخر ، من فترة إلى أخرى ، أن يقيم مدى ثبات المقابلات التي تقوم بإجرائها وتصحيحها .

لكي يصبح المرء أخصائياً ماهراً في إجراء المقابلات ، فهو بحاجة إلى الممارسة . فمن دون إتاحة الفرصة لإجراء مقابلات حقيقية وارتكاب الأخطاء ، أو مناقشة التقنيات والأساليب مع أخصائيين أكثر خبرة ، فإن مجرد الاطلاع على الأبحاث والدراسات العلمية التي تتعلق بالمقابلة لن يؤدي إلى تطوير مهارات فائقة . إذن ، فما هي وظيفة هذه الأبحاث؟ إحدى أهم وظائفها هي جعل الإكلينيكيين أكثر تواضعاً تجاه "مهارتهم الحدسية" . إذ تشير الأبحاث مثلاً إلى أن التوقعات المسبقة للأخصائي يمكن أن تصبغ ما يقوم به من ملاحظات ، وإلى أن نظرياته ومفاهيمه الضمنية حول الشخصية والاضطراب النفسي يمكنها أن تؤثر على هدفه من المقابلات ، وأن التماثل بين الأخصائي والعميل أو الاختلاف بينهما من حيث العرق والعمر والجندر يمكن أن يؤثر على سير هذه المقابلات ونتائجها . وهكذا ، وعن طريق البحث ، نكون قد تعرفنا إلى العديد من الأمور المؤثرة على عملية المقابلة .

إضافةً إلى ذلك ، فإذا لم نقم باختبار افتراضاتنا ، أو لم نقم بتقييم صدق تشخيصاتنا ، أو لم نقم بالتحقق من ثباتنا ، أو لم نقم بقياس فعالية تقنية معينة من تقنيات المقابلة ، عندها يمكن بسهولة أن نطور ثقةً في غير محلها ، مما سسيكون له أثره السلبي على المريض . وكما يجادل أحد النقاد والمشككين ، قد يكون صحيحاً ما تدعيه نتائج 10 دراسات من أن قول المعالج "أها" ليس أكثر فاعليةً من إيماءة من رأسه في التعبير عن اهتمامه ، ومع ذلك فقد تفشل هذه الدراسات جميعها في نفي حقيقة تأثير هذا الأمر في موقف ما من المواقف الإكلينيكية فعلياً . ومع ذلك ، فإن مثل هذه الدراسات كفيلة بأن تستوقفنا لبرهة من الوقت ، وتشجعنا على التساؤل حول مدى صحة افتراضاتنا .

ورغم عدم وجود أية دراسة قائمة بمفردها تعطينا حلاً واضحاً لمشاكل المقابلة ، إلا أن لهذه الدراسات أثراً تراكمياً . إذ يمكن للأبحاث أن تقدم اقتراحات حول تحسين صدق ملاحظتنا وتقنياتنا ، كما يمكنها أن تزيل أوهاماً وأفكاراً قديمة وبالية لدينا . وبالتأكيد ، فالإكلينيكي الذي يحرص في فن المقابلة وعلمها ، سيكون أكثر فاعلية (رغم أنه بالكاد يكون أكثر ارتياحاً) من الإكلينيكي الذي يركز فقط على واحد من هذين الجانبين للمقابلة .

ملخص الفصل *Chapter Summary*

يتضمن التقييم الإكلينيكي تقدير مواطن القوة والضعف لدى الفرد ، كما يتضمن وضع تصور للمشكلة وتحديدّها ، ووصف بعض الحلول التي من شأنها التخفيف من

هذه المشكلة . وتعد المقابلة تقنية أساسية من تقنيات التقييم التي يستخدمها الأخصائيون الإكلينيكيون ، ومن أكثرها أهمية وإفادة . وهناك عاملان أساسيان للتمييز بين المقابلات : أولاً ، اختلاف المقابلات وفقاً لهدفها ، وقد قمنا في هذا الفصل بمناقشة مقابلة الإدخال/القبول ، ومقابلة تاريخ الحالة ، ومقابلة فحص الحالة العقلية ، ومقابلة الأزمات ، ومقابلة التشخيص . والعامل الثاني يتعلق بما إذا كانت المقابلة مقننة أو غير مقننة (وتسمى عادةً بالمقابلة الإكلينيكية) . ويعكس المقابلات غير المقننة ، تتطلب المقابلات المقننة من الإكلينيكي أن يطرح مجموعة من الأسئلة المقننة كما هي حرفياً ، وبترتيب محدد .

وبغض النظر عن نوع المقابلة وهدفها ، فهناك عدد من المهارات المطلوبة ، والتي تشمل الألفة ، ومهارات الاتصال الجيدة ، وأسئلة المتابعة الملائمة ، ومهارات الملاحظة الجيدة . وكما هو الحال في أنواع التقييم النفسي الأخرى ، من المهم تقييم ثبات المقابلة وصدقها . وأخيراً ، كان لا بد من الإشارة إلى عدد من المقترحات الكفيلة بتحسين ثبات المقابلة وصدقها .

المصطلحات:

- المقابلة التشخيصية (assessment interview) : تقنية أساسية مفيدة يستخدمها الأخصائيون الإكلينيكيون أكثر من غيرها بهدف الإجابة عن سؤال الإحالة . وإذا ما تم تطبيقها بمهارة ، فإن بإمكانها أن تزودنا بتبصّر أعمق بالمشكلة ، وتوفر لنا معلومات مفيدة لاتخاذ القرارات الإكلينيكية .
- مقابلة تاريخ الحالة (case-history interview) : مقابلة تُجرى بهدف الوصول إلى فهم عميق وواسع لخلفية العميل والإطار التاريخي/التطوري للمشكلة .
- التقييم الإكلينيكي (clinical assessment) : متحى في التقييم ، يتضمن تقدير نقاط قوة المريض وضعفه ، ووضع تصور حول المشكلة الراهنة ، وصياغة التوصيات المتعلقة بالتخفيف من المشكلة .
- المقابلة الحوسبية (computer interviewing) : استخدام الحاسوب في تطبيق المقابلات الإكلينيكية .
- الصدق التلازمي (concurrent validity) : أحد أنواع الصدق المرتبط بمحك . ويشير إلى مدى ارتباط الدرجات على المقابلة بدرجات على مقاييس أخرى حول مواضيع ذات علاقة ، ثم تطبيقها في الوقت نفسه .

■ **صدق البناء (construct validity)** : مدى ارتباط درجات المقابلة مع مقاييس أو سلوكيات أخرى بطريقة تتسق معها منطقياً ونظرياً . ولكي تتمتع المقابلة بصدق البناء ، ينبغي أن تتضمن جميع أنواع الصدق الأخرى .

■ **صدق المحتوى (content validity)** : الدرجة التي تقيس فقرات المقابلة من خلالها جميع جوانب المفهوم موضوع القياس بشكل كافٍ .

■ **مقابلة الأزمات أو الطوارئ (crisis interview)** : المقابلة التي يتم إجراؤها بهدف (أ) تهدئة أو حل الأزمة الحالية ، و(ب) تشجيع الفرد على الدخول في علاقة علاجية مع مؤسسة أو جهة يمكنها تقديم حلول طويلة الأمد .

■ **الصدق المرتبط بمحك (criterion-related validity)** : مدى تنبؤ (ارتباط) درجات المقابلة بدرجات مقاييس أخرى ذات علاقة .

■ **المقابلة التشخيصية (diagnostic interview)** : مقابلة تُجرى بهدف الوصول إلى صيغ تشخيصية بناءً على الدليل التشخيصي والإحصائي .

■ **الصدق التمييزي (discriminant validity)** : مدى عدم الارتباط بين درجات المقابلة ودرجات مقاييس أخرى لا ترتبط نظرياً بالمفهوم الذي يتم قياسه .

■ **مقابلة الإدخال-القبول (admission interview- intake)** : المقابلة التي تُجرى بهدف (أ) تحديد سبب مجيء المريض إلى المؤسسة (كالعيادة أو المستشفى) ، (ب) تحديد إمكانية تلبية المؤسسة لاحتياجات العميل وتوقعاته ، و(ج) إعلام المريض بسياسات المؤسسة وإجراءاتها .

■ **الثبات بين المقيمين أو المحكمين (interrater reliability)** : مستوى الاتفاق بين اثنين أو أكثر من المقيمين أو المحكمين الذين قاموا بتقييم العميل ، كل على حدة . ويمكن أن يشير الاتفاق إلى الاتساق بين الأعراض أو التشخيصات المطلوبة .

■ **معامل ألفا (kappa coefficient)** : مؤشر إحصائي للثبات بين المحكمين ، يتم حسابه لتحديد مدى ثبات الأحكام المتعلقة بوجود/غياب السمة أو التشخيص .

■ **مقابلة فحص الحالة العقلية (mental status examination interview)** : مقابلة تُجرى لتقييم المشكلات المعرفية أو الانفعالية أو السلوكية لدى المريض . وفي هذه المقابلة يقوم الإكلينيكي بتقييم عدد من النواحي لدى المريض ، بما فيها (ولكنها ليست محدودة بـ) : المظهر العام ، نوعية الكلام ، محتوى التفكير ، الذاكرة ، والحكم .

■ **الصدق التنبؤي (predictive validity)** : أحد أنواع الصدق المرتبط بمحك . وهو مدى ارتباط درجات المقابلة بالدرجات على مقاييس أخرى ذات علاقة ، تُطبق في وقت لاحق مستقبلاً .

- الألفة (rapport) : كلمة تستخدم غالباً في وصف العلاقة بين المريض والإكلينيكي . وفي إطار المقابلة الإكلينيكية ، يتطلب بناء الألفة الجيدة إيجاد جو مريح ، والفهم المشترك لهدف المقابلة .
- سؤال الإحالة (referral question) : السؤال الذي يطرحه مصدر الإحالة حول المريض (مثل : لماذا يحصل هذا الطفل على درجات منخفضة؟) .
- المقابلة التشخيصية المقتنة (structured diagnostic interview) : مقابلة تحتوي على مجموعة من الأسئلة المقتنة التي يتم طرحها بترتيب محدد . ويمكن أن يكون السؤال مفتاحاً للتوصل إلى محك تشخيصي لعدد من الاضطرابات .
- ثبات إعادة الاختبار (test-retest reliability) : الاتساق بين درجات المقابلة عبر الزمن . وبشكل عام ، تتوقع من الأفراد أن يحصلوا على التشخيص نفسه بين تطبيق وآخر إذا كانت الفترة الفاصلة بين التطبيقين قصيرة .
- المقابلة غير المقتنة (unstructured interview) : مقابلة يقوم فيها الإكلينيكي بطرح أية أسئلة تخطر بباله ، وبأي ترتيب .

7

الفصل السابع

تقييم الذكاء

The Assessment of Intelligence

- 1- ما هو الذكاء؟ وما هي المشكلات التي تواجه قياسه؟
- 2- ما هي علاقة الذكاء بالتحصيل الدراسي ، وما هي علاقته بالوضع المهني والنجاح فيه؟
- 3- ما رأي الدراسات حول تأثير العوامل الوراثية والبيئية على الذكاء؟
- 4- فيم يتشابه اختبار بينيه الرابع مع مقياس وكسلر (الثالث والرابع) ، وفيم يختلفان؟
- 5- كيف تُستخدم اختبارات الذكاء في المواقف الإكلينيكية؟ وما هي بعض حدود استخدامها في هذه المواقف؟

محتويات الفصل:

- اختبار الذكاء : الأسس واليوم .
- مفهوم الذكاء ..
- نسبة الذكاء (IQ) : معناها وارتباطاتها .
- التقييم الإكلينيكي للذكاء .
- ملخص الفصل .

يرتبط تاريخ علم النفس الإكلينيكي بقياس الذكاء ارتباطاً لا فكاك منه . ولولا النجاحات التي شهدتها هذا المجال وغيره من مجالات التقييم المتصلة به ، فلربما ما كان لدينا الآن ميدان تسميه علم النفس الإكلينيكي . ولكن مع مرور السنين ، بدأ اهتمام الإكلينيكين يتجه بشكل متزايد إلى نواح أخرى من هذه المهنة ، كالعلاج النفسي مثلاً ، وبدأ التقييم يأخذ موقعاً ثانوياً . كما بدأ التقنيون يتولون مهام التقييم فقط كما فعلوا أثناء الحرب العالمية الثانية . على أية حال ، وكما ذكرنا في الفصل السابق ، كل هذا كان في طريقه إلى التغير . إذ لم تتم إعادة اكتشاف أهمية التقييم فحسب ، وإنما ظلت اختبارات الذكاء ، على وجه الخصوص ، تحتل مكانتها البارزة وسط ذلك المخزون الكبير من أدوات التقييم التي يلجأ إليها الإحصائي الإكلينيكي (Watkins, Campbell, 1995).

في هذا الفصل ، سنتناول بعض ما يدور من خلاف في وجهات النظر حول تقييم الذكاء ، وسنقدم بعض التعريفات والنظريات الأساسية للذكاء ، وسنركز على قياسه ، ثم أخيراً ، سنناقش التفسير الملائم لاختبارات الذكاء .

اختبار الذكاء بين الأمس واليوم Today and Yesterday Testing: Intelligence

لقد شهد النصف الثاني من القرن التاسع عشر تطورين تاريخيين مهمين ، أثرا بشكل كبير على ظهور مقاييس الذكاء (Thomdike, 1997) . أولهما ، ما نتج عن التعليم الإلزامي في الولايات المتحدة وغيرها من البلدان . حيث ظهرت فئات متنوعة ومتباينة من الطلبة ؛ جاء العديد منهم من أسر "غير متعلمة" أو من أسر لم تكن تتحدث اللغة المحلية ، مما أدى إلى تزايد نسبة الرسوب في المدارس بشكل درامي . وعليه ، وللمحافظة على الموارد المالية ، برزت ضغوط تدفع باتجاه التعرف على أولئك الذين يحظون بأكبر فرص للنجاح في المدرسة . أما التطور الثاني ، فيتمثل باعتقاد علماء النفس -وبالتالي برهنتهم على- أن القدرات العقلية قابلة للقياس . وبالرغم من أن المحاولات المبكرة كانت قد ركزت مبدئياً على قياس الدقة الحسية وزمن الرجوع (مثل محاولات فرانسيس چالتون ، وجيمس ماكين كاتيل) ، إلا أن الأرضية الأساسية كان قد تم تمهيدها .

لقد أصبح ألفرد بينيه (Alfred Binet) ومعاونه ثيودور سايمون (Theodore Simon) قائدين في مجال حركة اختبارات الذكاء ، عندما وضعوا اختبار بينيه-سايمون للكشف عن الفروق الفردية في الوظائف العقلية (انظر الفصل 2) . وقد كان هدف بينيه الأصلي هو تطوير أسلوب موضوعي للتعرف على أولئك الذين تنقصهم القدرة الأكاديمية فعلياً (مقابل ذوي المشكلات السلوكية) . وكغيرهما من علماء عصرهما ، فقد اعتبر بينيه وسايون أن الذكاء "ملكة" تنتقل للفرد بالوراثة ، هذا مع العلم أنهما أشارا إلى تأثير الذكاء بالتدريب والخبرة وفُرص النمو . ومع زيادة الاهتمام بتحديد الأداء العقلي كمياً ، واستمرار تنامي التعليم الإلزامي في أوروبا وأميركا الشمالية ، فقد ترسخت عملية قياس الذكاء بشكل متين (Thorndike, 1997) .

وقد اهتمت المؤسسات المختلفة (كالمدارس ، والمصانع ، والقوات العسكرية ، والحكومات) بحكم طبيعتها ، بالفروق الفردية (مثل مستويات الذكاء) التي قد تؤثر على الأداء فيها . وبالتالي ، ازدهرت حركة قياس الذكاء بشكل كبير (Hermstein & Murray, 1994) . واستمرت أهمية تلك الاختبارات التي تهتم بالفروق الفردية ، واتسع استخدامها على مدى سنوات طويلة ، دون أية تحديات تذكر . ولكن مع نهاية الستينيات من القرن الماضي ، بدا وكأن الجميع أصبحوا يشككون في صدق هذه الاختبارات ، بدءاً بالأخصائيين النفسيين ووصولاً إلى رالف نادر (Ralph Nader) (زعيم حركة حماية المستهلك في الولايات المتحدة) . وقد انصبَّ الجدل بشكل أساسي على أن مثل هذه الاختبارات في حقيقتها متحيزة ، وذلك لأنها تضم فقرات متحيزة أو غير محايدة .

ونتيجةً لدعوى قضائية أقيمت لدى محكمة الحقوق المدنية (Larry P. v. Wilson Riles) بدأت عام 1971 واستمرت لسنوات طويلة ، علّق مجلس التعليم لولاية كاليفورنيا استخدام اختبارات الذكاء لتقييم قدرات الأميركيين من أصول أفريقية . حيث قررت المحكمة أن مقاييس الذكاء متحيزة ضد الأطفال الأميركيين السود ، وتميل إلى وضعهم -دون مبرر حقيقي- ضمن برامج تلحق بهم الوصمة ؛ إذ أنها برامج وُضعت أصلاً للأفراد ذوي الفصول المعرفي . وعلى أية حال ، هنالك من حاول (مثل لامبرت 1981 e.g. N. Lambert) تفنيد قرار المحكمة هذا . كما فكر بعض الأفريقيين الأميركيين بتحدي قرار المحكمة ؛ وذلك بدعوى افتراض المحكمة في قرارها هذا أن أداء الأفريقيين الأميركيين سيكون حتماً ضعيفاً على هذه الاختبارات . بينما بقي هناك فريق ينظر إلى مقاييس الذكاء على أنها ليست شراً اجتماعياً ، وإنما هي وسيلة يمكننا من خلالها تصويب العيوب التي تفرضها شروطاً بيئية هدامة على بعض الأقليات (Hebb, 1978) .

لقد كان كتاب ستيفن جولد (Stephen Gold, 1981) سوء قياس الإنسان (The Mismeasure of Man) بمثابة نقد لاذع لحركة قياس الذكاء ، وتحولها فكرة الذكاء إلى كينونة مادية . وبشكل أساسي ، يرى جولد أن أصحاب النظريات ، مثل سبيرمان (انظر أدناه) ، يعتبرون

خطأ أن الذكاء العام أو العامل العام (g) يمثل كينونة فعلية ، وذلك بسبب سوء فهمهم لأساليب التحليل العاملي . وعلاوة على ذلك ، يزعم چولد أن أولئك الذين يدافعون عن وراثية الذكاء ، كانوا مخطئين في بعض الأحيان ، ومتهمين بالخداع في أحيان أخرى . لقد حقق كتاب چولد نجاحاً كبيراً ، عزز الهجوم على قياس الذكاء .

وقد عاد هذا الجدل المحتدم للظهور في التسعينيات من القرن العشرين مع صدور كتاب المنحنى الجرسى (The Bell Curve) (Herrnstein & Murray, 1994) . ففي هذا الكتاب ، يقدم هيرستين وموراى مراجعة لمفهوم الذكاء ، وسرداً لتاريخ اختبارات الذكاء . كما ويحاولان الإجابة عن العديد من الانتقادات التي قدمها چولد (1981) ، ويخوضان في مسائل تتعلق بسياسات عامة ؛ مثل الفقر والجريمة والثروة والمساواة . وحتى اليوم ، ما تزال قيمة هذا الكتاب موضوعاً للنقاش (Alderfer, 2003) . ويعرض لنا التوضيح 1-7 باختصار بعض النواحي المثيرة للجدل في هذا الكتاب . ومهما تكن نتيجة هذه الخلافات في وجهات النظر ، فهي توضح أن تقييم الذكاء ليس مجرد نشاط أكاديمي هامشي أو ثانوي ؛ وإنما نشاط يقع في غمرة العديد من القضايا الاجتماعية والسياسية المعاصرة .

وهناك القليل من التساؤل حول إساءة استخدام اختبارات الذكاء أحياناً بطريقة تضر بالأقليات . كما أن هناك من يرى أن بعض هذه الاختبارات يحتوي على فقرات معينة ، أثرت بصورة سلبية على أداء بعض الأقليات . لذلك ينبغي علينا أن نفعل كل ما بوسعنا من أجل تطوير اختبارات أفضل ، وأن نعمل على تطبيقها وتفسيرها بحساسية وشفافية . أما حظر الاختبارات فيبدو حلاً غير ملائم ؛ إذ أنه قد يؤدي في النهاية إلى إيذاء الأشخاص أنفسهم الذين هم بحاجة إلى مساعدة .

مفهوم الذكاء The Concept of Intelligence

هناك قضيتان أزعجتا الأخصائيين النفسيين منذ البداية ، ولم تجدا حلاً بعد (White, 2000) . أولاً ، ما المقصود بمصطلح الذكاء بالتحديد؟ وثانياً ، كيف يمكننا تطوير أدوات صادقة لقياسه؟ في هذا الجزء سنتناول هاتين القضيتين . إلا أننا نحتاج أولاً إلى مراجعة مفهومي أساسيين في القياس ، هما : الثبات والصدق .

المنحنى الجرمسي

ربما لم يشهد أي كتاب معاصر في علم النفس مثل ذلك الجدل والخلاف الذي شهده كتاب هيرستين وموراي (1994) المنحنى الجرمسي (The Bell Curve). وباختصار، يرى هيرستين وموراي أن الولايات المتحدة - منذ منتصف ستينيات القرن الماضي - أصبحت تشهد انقساماً متزايداً، قائماً على القدرات المعرفية أو لعقلية لمواطنيها. إذ برزت طبقة تُدعى بفئة "النخبة المعرفية"، وهي تتركز في مجموعة صغيرة من المهنيين (كالطب والمحاماة والتدريس الجامعي)، يتم اختيار أفرادها وفقاً لمعدلات الذكاء (IQ) العالية. ومع أن الذكاء حصيلة للعوامل الجينية والبيئية معاً، إلا أن ادعاء المجتمع بـ "مساواة" الجميع من حيث البيئة (كالزعم بإعطاء كل شخص فرصاً متساوية للنجاح)، يجعل الجينات التي وراثتها هي المصدر الأساسي للفروق الفردية. ومن ناحية أخرى، يرى هيرستين وموراي أن هذا لن يعمل إلا على توسيع الفجوة بين الذين "يملكون" والذين "لا يملكون" من الأجيال القادمة. كما ويقدم المؤلفان دليلاً يدعم موقفهما، أن القدرة المعرفية/الذكاء هي من أهم المؤشرات في التنبؤ بنتائج من مثل الاستقرار المالي، النجاح الدراسي، الاعتماد على المعونة الاجتماعية، إيجاب الأطفال غير الشرعيين، والسلوك الإجرامي. كما ويعرض المؤلفان بيانات تتعلق بالفروق الإثنية/العرقية في نسبة الذكاء (IQ)، ويذهبان إلى أن الجهود المبذولة من أجل رفع درجات الذكاء من خلال برامج تعليمية أو برامج مثل برامج التدخل المبكر (Head Start) لم تؤدي إلى أية آثار إيجابية طويلة الأمد. وأخيراً، يقدم هيرستين وموراي عدداً من الوصفات في معالجة التفاوت الحالي؛ والتي تشمل سياسات وقوانين تتعلق بالتطبيق الإلزامي لشروط المساواة في فرص التعليم وأماكن العمل، وإعادة صلاحية اتخاذ القرارات للحكومات المحلية.

ويبدو أن معظم ردود الفعل السلبية تجاه هذا الكتاب ناجمة عن اختلاف تصورات واضعي السياسات الاجتماعية، والتي تأخذ في بعض الأحيان شكل المخاضات والمراغظ الأخلاقية. إضافة إلى ذلك، تناول بعض النقاد المسألة بالرجوع إلى الدراسات التجريبية التي تمت الإشارة إليها ومناقشتها في الكتاب، وقاموا بمناقشتها من حيث المنهجية والتحليل والتفسير. من ناحية أخرى، قامت مجموعة من الخبراء في مجال الذكاء بنشر مقال موجز في مجلة وول-ستريت (Arvey et al., 1994) (Wall Street Journal) يكشف عن عديد من الاستنتاجات السائدة بين الباحثين حول مفهوم الذكاء. واتضح أن العديد من وجهات النظر في المنحنى الجرمسي تتفق مع هذه الاستنتاجات. إلا أن الخبراء وقفوا عند هذه النقطة، فلم يصفوا أية سياسات اجتماعية مبنية على مثل هذه الاستنتاجات.

وقد حاول ألدرفير (Alderfer, 2003) مؤخراً أن يوضح أن الاختصاصيين النفسيين لم يقطعوا شوطاً كافياً في توضيح المآخذ على التحليلات التجريبية التي يعرضها كتاب المنحنى الجرمسي. وما يزال ألدرفير غير مقتنع بـ "المنظرات العلمية" للمؤلفين، سواء من حيث موروثية الذكاء، أو من حيث العلاقات ما بين نسبة الذكاء والمشكلات الاجتماعية (مثل الفقر، البطالة، المعونة الاجتماعية، والسجن). ووفقاً لما يقوله ألدرفير، ربما يكون الوضع الاجتماعي-الاقتصادي هو العامل الأكثر إسهاماً في الفروق العرقية بين نسب الذكاء، وقد يكون هذا هو المتغير الثالث المسؤول عن ذلك الارتباط ما بين نسبة الذكاء والمشكلات الاجتماعية. ولذلك، فهو يحث الاختصاصيين النفسيين على تركيز طاقاتهم على مكافحة الظلم والتمييز، بما في ذلك تلك الفروق العرقية التي قد تؤدي إلى مستويات أضعف من التحصيل والإنجاز.

كما أوضحنا في الفصل السابق ، لكي تكون المقابلات والاختبارات ذات قيمة ، ينبغي أن تكون صادقة وثابتة . ويبين الجدولان 1-7 و 2-7 تعريفاً موجزاً بأنواع الصدق والثبات الأكثر استخداماً في تقييم الاختبارات النفسية .

الثبات Reliability

عند الحديث عن الاختبارات النفسية ، يشير الثبات إلى الاتساق في استجابات الفرد على فقرات الاختبار . وتوجد عدة طرق في تقييم الثبات . أولاً ، هناك الثبات بإعادة الاختبار (test-retest reliability) ، وهو مدى قيام الفرد بإعطاء الاستجابات نفسها للفقرات نفسها الواردة في الاختبار عبر مرات التطبيق المختلفة . فإذا ما كنا نحصل على استجابة مختلفة في كل مرة نحري فيها الاختبار على شخص ما ، فإن بيانات الاختبار لن تكون ذات نفع كبير . وفي بعض الأحيان ، قد يتذكر العملاء في المرة الثانية استجاباتهم التي قاموا بإعطائها في المرة الأولى ، أو قد يقومون بتطوير "شهادة غيان للاختبار" من الاختبار الأول ، مما يؤثر على درجاتهم في المرة الثانية من تطبيق الاختبار . ولكن في حالات أخرى ، قد يقوم العملاء بالتدرب في الفترة الفاصلة بين الإجراءين الأول والثاني ، أو تتأثر استجاباتهم بانتقال أثر التدريب أو الممارسة (practice effect) . ولجميع هذه الأسباب ، يُستخدم أحياناً نوع آخر من الثبات ، وهو ثبات الصور المتكافئة أو المتوازية (equivalent-forms reliability) . وهنا ، ونجنباً للمشكلات السابقة ، يتم تطوير صور متكافئة أو متوازية من الاختبار .

الجدول 1-7 أنواع الثبات الشائعة التي تساعد في تقييم الاختبارات النفسية

| نوع الثبات | تعريفه | ملخص إحصائي |
|---------------------------------|---|--|
| ثبات إعادة الاختبار | مؤشر على درجة الاتساق أو الترابط بين درجات الاختبار عبر فترة زمنية ما . | معامل ارتباط بيرسون "ر" |
| ثبات الصور المتكافئة | مؤشر على اتساق درجات الاختبار عبر الزمن ؛ ليس عرضة لـ "انتقال أثر التدريب" (لا تتم إعادة الاختبار نفسه) . | معامل ارتباط بيرسون "ر" |
| ثبات التجزئة النصفية | مؤشر على الاتساق الداخلي للاختبار (هل يسدو أن الفقرات تقس المتغير أو المفهوم نفسه؟) | معامل ارتباط بيرسون "ر" |
| ثبات الاتساق الداخلي | مؤشر مفضل للاتساق الداخلي ، يتم من خلاله حساب معدل جميع الارتباطات الممكنة في التجزئة النصفية . | كرونيباخ ألفا كودر-ريشاردسون-20 |
| الثبات بين المقيمين أو المحكمين | درجة الاتفاق بين اثنين أو أكثر من المقيمين أو المحكمين حول مستوى وجود/غياب السمة في خاصية أو تشخيص ما . | معامل ارتباط بيرسون "ر" الارتباط الداخلي ألفا |

الجدول 7-2 أنواع الصدق الشائعة التي تساعد في تقييم الاختبارات النفسية

| تعريفه | نوع الصدق |
|---|----------------------|
| درجة تمثيل فقرات الاختبار أو محتوياته لجوانب المتغير أو المفهوم المراد قياسه . | صدق المحتوى |
| الدرجة التي يمكن أن تنبأ (ترتبط) درجات الاختبار من خلالها بالسلوك ، أو الدرجات التي يمكن ملاحظتها أو الحصول عليها في وقت من الأوقات في المستقبل . | الصدق التنبؤي |
| مدى ارتباط درجات الاختبار بمجموعة من الدرجات المستمدة من اختبارات أو سلوكيات أخرى ذات صلة بها ، لكنها مستقلة عنها . | الصدق التلازمي |
| مدى ارتباط درجات الاختبار بمقاييس أو سلوكيات أخرى بطريقة متسقة منطقياً ونظرياً . ويشمل هذا تحديد التقارب والصدق التمييزي . | صدق البناء (المفهوم) |
| ملاحظة : الصدق التنبؤي والصدق التلازمي نوعان فرعيان للصدق المرتبط بمحك . | |

أحياناً يكون تطوير صورة مكافئة أمراً مكلفاً جداً (من حيث الوقت أو المال) ، أو يكون من الصعب أو المستحيل التأكد من أن تكافؤ الصورتين فعلياً . تحت مثل هذه الظروف ، أو عندما تكون إعادة الاختبار غير عملية ، فمن الممكن استخدام الثبات بالتجزئة النصفية (split-half reliability) . وهذا يعني أن الاختبار ينقسم إلى نصفين (عادةً ما يتكون أحدهما من الفقرات ذات الأرقام الفردية ، والآخر من الفقرات ذات الأرقام الزوجية) ، وتتم مقارنة درجات المفحوص على نصفي الاختبار . كما يقترب ثبات التجزئة النصفية من معنى الثبات بالاتساق الداخلي (internal consistency reliability) ويعد مؤشراً له . فهل تبدو فقرات الاختبار وكأنها تقيس الشيء نفسه؟ أي ، هل ترتبط درجات الاختبار ببعضها بعضاً بدرجة عالية؟ والطريقة المفضلة في تقييم الاتساق الداخلي لاختبار ما ، تكون من خلال حساب معدل جميع الارتباطات الممكنة في التجزئة النصفية لهذا الاختبار (كرونباخ ألفا) .

ومن أنواع الثبات الأخرى الثبات بين المقيمين أو المحكمين (interrater or interjudge reliability) . وهو ما تمت مناقشته في الفصل السابق ، في إطار التقييم عن طريق المقابلة . والغاية من هذا النوع من الثبات هي بيان كيف يمكن للملاحظين مستقلين الاتفاق في تقديراتهم أو أحكامهم حول ناحية ما من نواحي سلوك الفرد .

وبغض النظر عن نوع الثبات المراد دراسته ، فالهدف هو بيان مدى الاتساق بين البيانات التي يتم الحصول عليها . والاختبار -أي اختبار- ينبغي أن يكون قادراً على توفير الدليل على أن الدرجات المستمدة منه متسقة عبر الزمن أو عبر المحكمين أو غير ذلك من أنواع الثبات (كما في التجزئة النصفية أو الاتساق الداخلي) . فمن دون ثبات أداة القياس أو اتساقها أو استقرارها ، لا يمكن أن يكون المقياس صادقاً . على أية حال ، بالرغم من أن الاختبار قد يظهر ثباتاً ، فهذا لا يعني أكياً أنه يتسم بالصدق . فالاختبار الذي يمكنه التمييز بين أوزان مختلفة مثلاً ، قد يزودنا بدرجات ثبات عالية عبر الزمن ، إلا أنه رغم ذلك قد لا يكون مقياساً صادقاً للذكاء .

الصدق Validity

يشير الصدق بشكل عام إلى دقة قياس الاختبار لما وُضع لقياسه ؛ أي أن يقيس الوظيفة التي يفترض أن يقيسها . ومثل الثبات ، فهناك عدة أنواع من الصدق . فهناك صدق المحتوى (content validity) الذي يشير إلى درجة تمثيل فقرات الاختبار لمختلف جوانب المتغير المراد قياسه . فعلى سبيل المثال ، إن الاختبار الذي يهدف إلى قياس مستوى التكيف العام ، لكنه لا يحتوي إلا على فقرات تتعلق بالتكيف في العمل ، هو اختبار لا يتمتع بصدق المحتوى ؛ وذلك لأنه فشل في أن يتضمن فقرات تتعامل مع التكيف في نطاق المنزل ، والتكيف مع الأصدقاء ، وغير ذلك . ويتم تحديد الصدق التنبؤي (predictive validity) على أساس حساب القيمة التنبؤية للاختبار ، ويتحدد ذلك بدرجة دقة الاختبار في التنبؤ بسلوك أو حدث في المستقبل . فالاختبار المصمم للتنبؤ بالإنجاز المدرسي يكون صادقاً إذا ما عكست درجاته الراهنة التحصيل المدرسي بعد عامين من تلك اللحظة . ويتضمن الصدق التلازمي (concurrent validity) ربط الدرجات الراهنة للاختبار بمحك تلامي (مثل تقديرات المعلمين للنجاح المدرسي) . وأخيراً ، فإن صدق البناء أو المفهوم (construct validity) هو مدى ارتباط الجوانب التي يقيسها الاختبار منطقياً ونظرياً بمقاييس أو سلوكيات أخرى بطريقة متوقعة . فلنفترض مثلاً أن بين يدينا اختباراً يقيس الشعور بالاغتراب . وفقاً لطبيعة هذا الشعور ، يُتوقع من الاختبار الصادق هنا أن يرتبط بضعف النشاط والحيوية ، أو حتى بالاكتئاب . فإذا ما تحقق ذلك ، فإن ثقتنا بصدق البناء/المفهوم لهذا الاختبار تكون قد ازدادت بالتأكيد .

تعريفات الذكاء Definitions of Intelligence

قبل أن نتناول الذكاء تحديداً ، ينبغي أن نميز بين مصطلحات القدرة (ability) ، والاستعداد (aptitude) ، والتحصيل (achievement) . فوفقاً لتفسير سَنبِيرج (Sundberg, 1977) ، فإن

"القدرة هي القوة المتاحة حالياً للقيام بشيء ما ، بينما الاستعداد هو إمكانية القيام بالأداء بعد التدريب ، ويتشابه كلا المصطلحين مع التحصيل ، الذي يعدّ مقياساً للأداء الناجح في الماضي" (ص. 228) . ويمكن أن يكون هناك تداخل على مستوى المفهوم بين التحصيل والذكاء كما تقيسه اختبارات الذكاء . فمن ناحية ، تُعتبر اختبارات الذكاء اختبارات تحصيلية ؛ لأنها تقيس ما تعلمه المرء (Anastasi,1988) ، إلا أن طريقة استخدام هذه الاختبارات أو طريقة استخراج الدلالات من خلالها ، هي التي تحدد ما إذا كانت تقيس التحصيل أم الذكاء .

ولا يوجد تعريف متفق عليه عالمياً للذكاء ، ولكن على مدى السنين ، نجد أن معظم تعريفاته تنضوي تحت واحد من التصنيفات الثلاثة التالية :

- 1 . التعريفات التي تركز على القدرة على التكيف أو التوافق (adaptability) مع البيئة ، أو التوافق مع المواقف الجديدة ؛ وتشير إلى القدرة على التعامل مع مدى واسع من المواقف .
- 2 . التعريفات التي تركز على القدرة على التعلم ؛ أي القابلية للتعلم بمعناها الواسع .
- 3 . التعريفات التي تركز على التفكير المجرد ؛ أي القدرة على استخدام مدى واسع من الرموز والمفاهيم ، والقدرة على استخدام الرموز اللفظية والعددية .

ولتوضيح ما بين هذه التعريفات من تنوع واختلاف ، لنأخذ الأمثلة التالية :

- (الذكاء) هو قدرة الفرد الكلية أو العامة على التصرف بطريقة هادفة ، والتفكير بطريقة عقلانية ، والتعامل مع بيئته بفعالية (Wechsler,1939,p3) .
- كمفهوم ، يشير الذكاء إلى فئة بأكملها من السلوكات المعرفية ، التي تعكس قدرة الفرد على حل المشكلات بالتبصر ، والتكيف مع الظروف الجديدة ، والقدرة على التفكير المجرد ، والإفادة من خبراته (Robinson&Robinson,1965, p.15) .
- يتم التعبير عن الذكاء من خلال السلوك التكيفي الهادف . إلا أن ما يتفرع عن هذا السلوك من فعاليات تتصف بـ "الذكاء" ، فتحدده المعايير الثقافية أو الاجتماعية السائدة إلى حد كبير (Sternberg&Salter, 1982,p24) .
- إن الذكاء قدرة عقلية عامة ، تشمل -من بين ما تشمله من أمور- القدرة على الاستنتاج ، والمحكمة العقلية ، والتخطيط ، وحل المشكلات ، والتفكير المجرد ، واستيعاب الأفكار المعقدة ، والتعلم بسرعة ، والتعلم من الخبرة . فهي ليست مجرد التعلم من الكتب ، أو المهارة الأكاديمية الضيقة ، أو البراعة في حل الاختبارات ، وإنما هي القدرة الأشمل والأعمق على فهم ما يحيط بنا : إدراك الأمور ، واستخراج الدلالات المنطقية منها ، واستنتاج ما يمكن فعله (Arvey et al.,1994) .

● يعرف الذكاء من خلال القدرة على تحقيق النجاح في الحياة وفقاً للمعايير الشخصية للفرد ،
وضمن الأطر الاجتماعية-الثقافية المهيمنة به (Steinberg, 2003, p.141) .

إن ما استعرضناه من تعريفات محددة للذكاء ليست تعريفات حصرية . إضافة إلى ذلك ،
ينطوي عدد من هذه التعريفات على مدلولات تشير بوضوح إلى القيم الاجتماعية السائدة
والمكونات الدافعية . على أية حال ، هناك تعريفات أخرى كثيرة واسعة وعامة للذكاء ، إلى درجة
تفقدتها أية قيمة أو فائدة تذكر . ومن نواح عدة ، هناك أيضاً من التشابه ما بين اختبارات الذكاء ما
يتسلف حقيقة وجود أي تنوع في أصولها . وعليه ، يبدأ المرء بالتساؤل حول ما إذا كان ثمة فوارق
حقيقية بين التعريفات ، أو ما إذا كان بناء اختبارات لقياس الذكاء (IQ) ليس سوى مشروع
براجماتي ، لا يستند إلى أية نظرية معينة ، نقوم فيه بجمع فقرات نأمل أن ترتبط بمحك خارجي ما
(مثل الدرجات المدرسية) .

بالنسبة لبعضهم ، فإن جلاء كل هذا الغموض يكمن في التعريفات "النموذجية" . وكما
يضعها نايسر (Neisser, 1979) :

إن حكمنا على شخص ما بأنه "ذكي" يعتمد على التشابه العام بين ذلك الشخص
ونماذج مُتخيلة ، تماماً مثل ثقتنا بأن شيئاً ما يسمى "مقعداً" يعتمد على تشابهه
بمقاعد أخرى نموذجية . لا يوجد هناك محكات نهائية وقاطعة للذكاء تماماً ، كما لا
يوجد هناك تعريف واحد للـ "مقعد" ؛ فهو مصطلح غير واضح وغير محدد الملامح ،
وتتصل به العديد من الصفات . فقد يكون لدينا شخصان ذكيان جداً ، إلا أنهما لا
يتشابهان إلا في القليل من السمات ؛ وهما بذلك يمثلان "نموذجاً" على أبعاد
مختلفة . وعليه ، لا يوجد شيء يُسمى بـ "المقعد" ؛ فالتشابه هنا حقيقة خارجية لا
طبيعية داخلية . فلا يمكن أن يكون هناك تعريف للذكاء يقوم على العمليات ، وذلك
لأنه ليس صفة واحدة ، بل هو مقارنة بين شخصين ، أحدهما حقيقي والآخر
نموذجي (ص 185) .

نظريات الذكاء Theories of Intelligence

هناك العديد من المناحي النظرية في فهم الذكاء . وتشمل هذه المناحي النظريات السيكمترية ،
والتطورية ، والنفسية العصبية ، ومعالجة المعلومات (Kamphaus, 1993, Neisser et al., 1996) .
فعلى مدى السنين ، لم يكن هناك نقص في النظريات أو الخلاف في وجهات النظر (Neisser et al.,
1996; Weinberg, 1989) . وفيما يلي عرض موجز لعدد من النظريات البارزة .

إن سبيرمان (Spearman, 1927) -أبو التحليل العاملي- هو من وضع مفهوم معامل "g" (الذكاء العام) (general intelligence)، ومفهوم معامل "s" (الذكاء الخاص) (specific intelligence). وبينما يمثل معامل "g" العناصر المشتركة بين الاختبارات، فإن معامل "s" يمثل العناصر الفريدة والمميزة لاختبار ما. وعلى أية حال، فإن رسالة سبيرمان بشكل أساسي -مدعمةً بدلائل التحليل العاملي- هي أن الذكاء عبارة عن صفة واسعة ومُعَمَّمة.

ولقد سلّم العديد من العلماء بأراء سبيرمان، بمن فيهم إ. ل. ثورندايك (E. L. Thorndike) و ل. ل. ثيرستون (L. L. Thurston). فعلى سبيل المثال، بدلاً من معامل الذكاء العام "g" المطلق، قدّم ثيرستون (1938) دليلاً على وجود "مجموعة" من العوامل المتعلقة بالذكاء (بناءً على تحليل عاملي لـ 57 اختباراً منفصلاً، تم تطبيقها على 240 مشتركاً). وفي النهاية، وصّف ثيرستون سبع مجموعات من العوامل، والتي قام بتسميتها: العددية، الطلاقة اللغوية، المعاني اللفظية، سرعة الإدراك، المكان، المحاكمة العقلية، والذاكرة (القدرات العقلية الأولية لثيرستون -Thurston's Primary Mental Abilities). ولسوء الحظ، كان سبيرمان وثيرستون يستخدمان أساليب مختلفة في اشتقاق العوامل (العناصر الأساسية مقابل العوامل الأساسية) والتدوير، والتي تُنتج عادةً حلولاً مختلفة حتى عند تطبيقها على المجموعة نفسها من البيانات (Gold, 1981). وعدا عن ذلك، بدا أن كليهما قد أخطأ في إعادة صياغة العوامل "المكتشفة" من خلال تحليلاتهما الخاصة. لذا، فقد كانت النتيجة النهائية جدلاً حاداً في بعض الأحيان بين سبيرمان وثيرستون وأتباعهما.

نظرية كاتيل Cattell's Theory

تؤكد أعمال ر. ب. كاتيل (R. B. Cattell, 1987) على مركزية معامل الذكاء العام "g". وفي الوقت نفسه، فقد قدّم كاتيل قائمةً أوليةً لسبعة عشر مفهوماً أولياً للقدرات. وقام بوصف عاملين مهمين من المرتبة الثانية، يبدو أنهما يُقسّمان معامل الذكاء العام "g" الذي جاء به سبيرمان إلى مكونين: القدرة السائلة أو المرنة (fluid ability) (القدرة العقلية الموروثة لدى الفرد)، والقدرة المتبلورة (crystallized ability) (القدرات -التي تكشف عنها اختبارات الذكاء المقننة العادية- التي يمكن عزوها إلى التعلم الثقافي). وبشكل أساسي، يمكن وصف توجه كاتيل على أنه نموذج هرمي للذكاء. وبوضع الشكل 2-7 مثل هذا النموذج على هيئة مخطط.

الشكل 7-2: نموذج للتنظيم الهرمي للقدرات



تصنيف جيلفورد Guilford Classification

وتختلف نظرة جيلفورد (1967) عن نظرية سبيرمان وثيرستون ، وعن نظرية معظم أخصائيي القياس الآخرين . لقد قدم جيلفورد نموذج بنية الذكاء (Structure of intellect model (SOI)) ، واستخدم أنواعاً مختلفة من تقنيات التحليل الإحصائي والعاملية لاختباره . وبينما كانت مناهج أخرى في القياس النفسي تحاول الاستدلال على نموذج من البيانات ، يرى جيلفورد يتجه نحو استخدام نموذج كدليل في جمع البيانات .

وقد استنتج جيلفورد أن عناصر الذكاء يمكن تنظيمها في ثلاثة أبعاد : العمليات (operations) ، والمحتويات (contents) ، والمنتجات (products) . فالعمليات هي الإدراك ، والذاكرة ، والإنتاج المتشعب (وضع بدائل منطقية) ، والإنتاج المتقارب (وضع براهين وحجج محكمة منطقياً) ، والتقييم . وبينما يتضمن بُعد المحتويات النواحي المعلوماتية التي تجري فيها العمليات : التشكيلية ، والرمزية ، واللغوية ، والسلوكية . وأخيراً ، عندما يتم تطبيق عملية عقلية محددة على محتوى معين ، فهناك ستة منتجات محتملة : الوحدات ، الفئات ، الأنظمة ، العلاقات ، التحويلات ، والمضامين . وإذا ما تأملنا في جميع المركبات الممكنة ، فسنصل إلى 120 قدرة عقلية مستقلة . ولعل أكبر تحفظ على توجه جيلفورد هذا هو أنه يُعد رسماً أو تصنيفاً أكثر منه نظرية .

تقليدياً ، كان العمل في بناء اختبارات الذكاء ينطلق من تقييمنا لما نعرفه أو لما يمكننا فعله . إلا أن المناحي الحديثة بدأت تتأثر بوجهة النظر المعرفية أو بنموذج معالجة المعلومات . فعلى سبيل المثال ، يحاول بعض الباحثين وصف محاولات الشخص لحل مشكلة ما لحظة بلحظة ؛ منذ لحظة حدوث المثير إلى لحظة حدوث استجابة الفرد اللفظية أو الحركية . وتعد هذه النظرة للذكاء أكثر دينامية من النظريات القديمة للمكونات العقلية . وقد ركز بعض هؤلاء الباحثين على سرعة معالجة المعلومات ، بينما ركز آخرون على أساليب هذه المعالجة . وقد تمت دراسة عدد من مستويات المعالجة ، بما فيها سرعة المعالجة ، سرعة اتخاذ القرارات استجابة لمثير ما ، والسرعة التي يمكن للأفراد من خلالها استخلاص النواحي المختلفة للغة من ذاكرتهم طويلة الأمد . لكن تبقى هنالك العديد من المشكلات والأسئلة التي ما تزال معلقة (Gardner,1983) . فهل هناك من آلية للمعالجة المركزية للمعلومات؟ كيف تتغير عناصر المعالجة مع نمو الفرد؟ وهل هنالك مهارات عامة لحل المشكلات ، أم مجرد مهارات محددة لنواح معينة من القدرات؟ ربما سيجيب الزمن عن هذه الأسئلة في وقتٍ من الأوقات .

لقد قام چاردنر (Gardner,1983) بوصف نظرية الذكاء المتعدد (theory of multiple intelligences) . حيث تتكون القدرة العقلية للإنسان من مجموعة من مهارات حل المشكلات ، بحيث تمكنه من حل مشكلاته أو الصعوبات التي تواجهه . وقد ينجم عن ذلك أحياناً إمكانية اكتساب معلومات أو خبرات جديدة . ويقترح چاردنر أن هناك عائلة مكونة من ستة أنواع من الذكاء : اللغوي ، والموسيقي ، والمنطقي الرياضي ، والمكاني ، والحركي الجسدي ، والشخصي . فيشير الذكاء الشخصي مثلاً إلى كل من اتصال المرء بمشاعره ، وقدرته على ملاحظة الأفراد الآخرين ، والتميز فيما بينهم . وأحد الانتقادات الأساسية لنظرية چاردنر أن بعض "الذكاءات" التي اقترحها يمكن أن يكون من الأفضل فهمها على أنها "مواهب" ، لا أنواع من الذكاء (Neisser et al.,1996) . ومع ذلك فقد استطاعت وجهة نظر چاردنر أن تسترعي اهتماماً كبيراً من الأخصائيين النفسيين والتربويين على حد سواء .

وكمثال آخر على النظريات التي تنادي بتعدد أنواع الذكاء ، قدم ستيرنبرج (Sternberg,1985,1991) نظرية ثلاثية للذكاء (triarchic theory of intelligence) . ويزعم فيها أن الأشخاص يقومون بوظائفهم بناءً على ثلاث نواح للذكاء : التركيبي ، الاختباري ، والسياقي . إن هذا النوجه يقلل من أهمية سرعة الأداء ودقته ، ويركز بدلاً من ذلك على تخطيط الاستجابات ورصدها . إذ يشير المظهر التركيبي إلى التفكير التحليلي ؛ حيث نعني الدرجات المرتفعة أن الشخص يتعامل مع الاختبارات بشكل جيد . أما الجانب الاختباري فيرتبط بالتفكير الإبداعي ، الذي يتصف به الشخص القادر على دمج مجموعة عناصر منفصلة من الخبرة بتبصر .

وأخيراً ، وبالنسبة للجانب السياقي ، فهو يُلاحظ لدى الشخص الذي يتميز بـ "ذكاء الشارع" ؛ أي أنه يعرف كيف يلعب اللعبة ، ويتفاعل مع البيئة بنجاح . ووفقاً لما يقوله ستيرنبرج ، فإن أداء الشخص تحكمه هذه النواحي الثلاث للذكاء . بينما نجد فريقاً آخر من الباحثين يهتم عملياً بالكفاءة الاجتماعية كناحية من نواحي الذكاء (Sternberg & Wagner, 1986) . على أية حال ، سواء كان من الممكن اعتبار ما سبق بمثابة تفسير للفروق الفردية أو مجرد نظرية معرفية ، فكله قابل للنقاش .

وبالرغم من أن سبيرمان وثيرستون وغيرهما بدّوا وكأنهم سلموا بوجهات نظر كاتيل أو جلفورد أو چاردنر أو ستيرنبرج ، إلا أن الأخصائيين الإكلينيكين ، على مستوى استخدامهم الفعلي للاختبارات ، لم يتجاوزوا بعد معامل الذكاء العام (g) لسبيرمان ، أو مجموعة العوامل التي جاء بها ثيرستون . والفكرة القائلة بوجود درجة ذكاء واحدة يمكنها أن تمثل ذكاء الفرد بمفردها ، تشير وبقوة إلى أننا في الواقع نحاول اكتشاف كمّ من الذكاء العام "g" لديه . على أية حال ، وفي الوقت نفسه ، فإن معظم اختبارات الذكاء الحالية مؤلفة من اختبارات فرعية ، بحيث تعكس نسبة الذكاء الكلية فيها متوسط درجات الاختبارات الفرعية ، أو مُركباً يُؤلف بينها . هذا يعني - إلى حد ما على الأقل - أننا قبلنا أيضاً بالعوامل الجمعية لثيرستون . إذن ، يبدو أننا نسعى إلى تحديد مستوى ذكاء الفرد بصورة كمية ، ولكن علينا مراعاة أن الذكاء مُنمط إلى حد ما : فلربما يمتلك شخصان نسبة الذكاء العام نفسها ، إلا أنهما يختلفان من حيث القدرات الخاصة لكل منهما . وهكذا ، يبدو أن الممارسين من الإكلينيكين يميلون في تفكيرهم إلى خطّ قريب من تفكير سبيرمان أو ثيرستون ، وأن تأثرهم بالتطورات الحديثة التي لحقت بنموذج معالجة المعلومات ما يزال محدوداً .

نسبة الذكاء: معناها وارتباطاتها *The IQ: Its Meaning and its Correlates*

نسبة الذكاء The Intelligence Quotient (IQ)

نسبة حاصل الذكاء Ratio IQ

اعتبر بينيه أن العمر العقلي (mental age-MA) مؤشرٌ للأداء العقلي . وكل فقرة يتم اجتيازها بنجاح من فقرات اختبار بينيه ، تعني عدداً معيناً من الأشهر المُستحقّة . وفي نهاية الاختبار ، نقوم بجمع الدرجات على الفقرات التي تمت الإجابة عنها ، فنحصل على العمر العقلي . وهكذا ، ليس هناك أمرٌ سحري فيما يتعلق بالعمر العقلي ؛ فكل ما يعنيه هو أنه قد تم اجتياز عدد "س" من الفقرات . ثم جاء ستيرن (Stern, 1938) فيما بعد ليطور مفهوم نسبة الذكاء (IQ) ، لحل عدد من المشكلات التي ظهرت نتيجة استخدام الفرق ما بين العمر الزمني (chronological

(age-CA) والعمر العقلي في التعبير عن الانحراف . وللوهلة الأولى ، فإن طفلين ، أحدهما عمره العقلي 4 سنوات والزمني 5 ، والآخر عمره العقلي 14 سنة والزمني 15 ، قد يبدوان متساويان من حيث الضعف العقلي . إلا أن الأمر ليس كذلك ؛ ذلك أن الذكاء ينمو بصورة أكثر تسارعاً في المستويات الأدنى من العمر . وبالتالي ، بالرغم من أن الفرق بين العمر العقلي والعمر الزمني هو عام واحد عند الطفلين ؛ إلا أن الطفل الأصغر أكثر انحرافاً من الطفل الأكبر . وتتيح لنا فكرة نسبة الذكاء إجراء المعادلة التالية :

$$\text{نسبة الذكاء} = \frac{\text{العمر العقلي}}{\text{العمر الزمني}} \times 100 \quad (MA/CA \times 100 = IQ)$$

بالتالي ، نجد أن نسبة ذكاء ذلك الطفل البالغ 15 عاماً تساوي 95 ، بينما نسبة ذكاء طفل الخامسة فتساوي 80 . ويعكس لنا هذا الاختلاف في الدرجات حقيقة التسارع في النمو العقلي في الأعمار الأصغر ، بشكل أفضل .

وينبغي الانتباه إلى أننا أثناء قياس الذكاء لا يمكننا التأكد من أننا نتعامل مع وحدات زمنية متساوية ؛ فلا يمكننا التأكد من أن نسبة الذكاء (50) هي حقاً ضعف النسبة (25) ، أو أن مقياسنا يحتوي على صفر مطلق . كما لا يمكننا جمع نسب الذكاء أو طرحها ، فكل ما يمكننا فعله هو القول إن الشخص ذو نسبة الذكاء 50 أكثر ذكاءً من آخر نسبة ذكائه 25 . وكل هذا ينبغي أن يذكّرنا بأن نسب الذكاء ودرجات العمر العقلي هي مجرد درجات ليس إلا .

انحراف نسبة الذكاء (IQ) Deviation

مع كل ما تبديه من جاذبية للوهلة الأولى ، تبقى نسبة الذكاء محدودة التطبيق على الأفراد الأكبر سناً . والسبب في ذلك أن انتظام درجات العمر العقلي (حتى لو كان مرتفعاً) ستصحب زيادة في درجات العمر الزمني ، مما يؤدي إلى تدني درجة الذكاء . بالتالي ، قد يبدو أن نسبة الذكاء تنافست مع الزمن ، إلا أن القدرة العقلية - في الحقيقة - بقيت مستقرة .

وللتعامل مع هذه المشكلة ، قام وكسلر بإدخال مفهوم انحراف نسبة الذكاء . حيث افترض هنا أن الذكاء موزع توزيعاً طبيعياً بين الأفراد . وعليه ، فإن الانحراف في نسبة الذكاء يتضمن مقارنة أداء الفرد على اختبار الذكاء بأداء أنداده . وهكذا ، فدرجة الذكاء تحمل المعنى نفسه حتى لو حصل عليها شخصان مختلفان في العمر (مثل 22 عاماً مقابل 80 عاماً) . ففي كلا الحالتين ، تعني نسبة الذكاء التي تساوي 100 ، مستوى متوسطاً من القدرة العقلية لتلك المجموعة العمرية التي ينتمي إليها كل منهما .

يعتمد صدق اختبارات الذكاء أو عدم صدقها ، على الطريقة التي نعرف بها الذكاء . فإذا ما كنا نبحث عن كيان عام يتجاوز النجاح المدرسي أو إنجازات أخرى ذات صلة ، فستكون الإجابة "لا" على الأرجح . ولكن إذا كنا نعرف الذكاء بشكل رئيسي على أنه مؤشر للتنبؤ بالنجاح المدرسي ، فمن المحتمل أن تكون الإجابة "نعم" .

وسواءً كنا نعرف الذكاء وفقاً لمعامل عام "g" أو قدرات خاصة ، أو علاقات هرمية بين العوامل ، فإن المجتمع هو الذي يقرر في النهاية أيًا من هذه القدرات سيحظى بالقيمة أو المكافأة أو الرعاية . ولعل هذا هو سبب تشابه العديد من اختبارات الذكاء ؛ فهي مُصممة للتنبؤ بما يُقدّره المجتمع . فالمجتمع الغربي عموماً يميل إلى مكافأة القدرات اللفظية ، المحاكمة العقلية ، القراءة ، اكتساب المعلومات ، القدرة التحليلية ... إلخ .

النجاح المدرسي School Success

بشكل عام ، أظهرت نسب الذكاء ارتباطاً فعلياً بكل من النجاح في المدرسة واختبارات التحصيل التي تقيس ما تم تعلمه (Herrnstein & Murray, 1994; Kamphaus, 1993) . فمعامل الارتباط ما بين درجات الذكاء والعلامات المدرسية يساوي 0.50 (Neisser et al., 1996) . مما يعني بوضوح أن النجاح في المدرسة لا يرتبط بعامل واحد ، وإنما بمجموعة من العوامل أو المتغيرات ؛ والتي تشمل : الدافعية ، وتوقعات المعلمين ، والخلفية الثقافية ، واتجاهات الوالدين ، وغيرها الكثير . إذن ، تواجهنا هنا مهمة إكلينيكية صعبة للغاية ، تتمثل بفرز هذه المتغيرات . فعند النجاح أو الفشل في المدرسة ، نتساءل : هل كان ذلك نتيجةً للذكاء ، أم للدافعية ، أم للخلفية الثقافية ، أم ماذا؟ فالسلوك ظاهرة معقدة ، تحددها عوامل ومتغيرات أخرى كثيرة عدا الذكاء العام أو الخاص فقط . على أية حال ، فالعلاقة ما بين درجات الذكاء والتحصيل قوية جداً ، بحيث اقترح كثيرون أنه ربما كان أفضل تفسير لاختبارات الذكاء هو اعتبارها نوعاً من اختبارات التحصيل (Anastasi, 1988; Kaufman, 1990) .

الوضع والنجاح المهني Occupational Status and Success

ولأن مستوى التعليم يبدو - بشكل عام - محدداً قوياً لنوع الوظيفة التي قد يحصل عليها الفرد ، فليس من المفاجئ أن نعرف بوجود ارتباط بين نسبة الذكاء والوضع المهني . وهذا يبدو صحيحاً ، سواء تم تعريف الوضع المهني وفقاً للدخل ، أو المكانة المُقدّرة فعلياً ، أو المكانة الاجتماعية (Brody & Brody, 1976) . على أية حال ، فمما يثير الاهتمام أن درجات الذكاء أيضاً تبدو مؤشراً

جيداً للتنبؤ بالأداء الوظيفي (Hunter&Hunter, 1984; Neisser et al , 1996) ؛ إذ تتفوق درجات الذكاء على مؤشرات أخرى للتنبؤ مثل البيانات الشخصية ، والمراجع الشخصية ، والتعليم ، والدرجات الجامعية . ولكن ما إن يتم الالتحاق بوظيفة ما ، فإن هذه الدرجات قد لا تُميز بين الأكثر تفوقاً والأقل تفوقاً (Matarazzo,1972; Roe,1953) . ومن الواضح أن هناك حداً أدنى من القدرات الضرورية للحصول على وظيفة ما ، أو تحقيق حداً أدنى من الأداء في مهنة من المهن (رغم أن هذا قد يكون موضع شك) . ومهما كان الأمر ، فبمجرد التحاق الشخص بمهنة ما ، قد يكون مستوى نجاحه اللاحق فيها حصيلةً لعوامل أخرى ، غير تلك المتعلقة بالعوامل العقلية .

الفروق الجماعية Group Differences

ومع أن معظم الدراسات لم تجد إلا القليل من الفروق ذات الدلالة -إن وجدت- ما بين الذكور والإناث في درجات الذكاء بشكل عام ، إلا أنها وجدت فروقاً دالة بين الجنسين من حيث القدرات الخاصة (Neisser et al., 1996) ؛ إذ يميل الذكور في الأعمار المبكرة إلى الحصول على درجات أعلى بصورة ذات دلالة على مقاييس القدرات المكانية ، وكذلك على مقاييس القدرات الكمية بعد البلوغ مقارنةً بالإناث . أما الإناث ، فيملن إلى الحصول على درجات أعلى بصورة ذات دلالة على مقاييس القدرات اللفظية (Neisser et al., 1996) . وفيما يتعلق بالمجموعات العرقية ، وُجد أن الأميركيين من أصول إسبانية وأفريقية يميلون إلى الحصول على نسب ذكاء أقل بصورة دالة ، مقارنةً بالأميركيين من أصول أوروبية (Neisser et al., 1996) . وبالرغم مما أظهرته هذه النتائج من اتساق ، إلا أنها كانت وما تزال مصدر جدل واسع . فقد أشار نايسر وزملاؤه (Neisser et al., 1996) إلى أنه بالرغم من عدم معرفتنا لسبب هذه الفروق العرقية/الإثنية ، فإن حجم هذه الفروق بحد ذاته يدل على مدى تأثيرها بالفروق البيئية . هذا ، وتبقى هناك حاجةٌ للمزيد من البحث في هذا المجال ؛ وذلك للوصول إلى تبصر أكثر بطبيعة هذه الفروق العرقية . على أية حال ، وبغض النظر عن تلك الفروق ، تبقى درجات الذكاء مؤشراً جيداً للتنبؤ بالتحصيل المدرسي والجامعي بين الأميركيين من أصول إسبانية وأفريقية .

الوراثة واستقرار درجات الذكاء Heredity and Stability of IQ Scores

وراثة الذكاء Heritability of Intelligence

على عكس الوضع الذي كان منذ ثلاثة أو أربعة عقود ، يدرك جميع الأخصائيين النفسيين تقريباً الآن أن الذكاء يتأثر بالعوامل الجينية ، ولو بشكل جزئي (Neisser et al., 1996) . ويعود هذا الانقلاب في الرأي ، في جزء كبير منه ، إلى الأدلة التجريبية التي قدمتها دراسات علم الوراثة السلوكية (behavioral genetics) عبر العفود الأخيرة (McGue, Bouchard, Iacono). ويبين التوضيح 7-2 عرضاً موجزاً لأساليب علم الوراثة السلوكية .

وهناك مراجعة مهمة أجراها بوتشر وماك-چيو (Boucher&McGue,1981) تلخص الكثير من هذه الدراسات حول الوراثة السلوكية في الذكاء . وبين الجدول 3-7 بعض هذه البيانات . وكما نرى ، يبدو أن التشابه في الذكاء نتيجة لحجم المادة الوراثية المشتركة (فالتوائم المتطابقة مثلاً تشابه في ذكائها أكثر من التوائم غير المتطابقة أو الإخوة) . ومن الجدير بالملاحظة أن هذه الأنماط صحيحة أيضاً بالنسبة للأقارب البيولوجيين الذين تتم تنشئتهم في أسر مختلفة . وقد خلص ماك-چيو وزملاؤه (McGue et al.,1993) إلى ما يلي :

حين تؤخذ الدراسات التي تناولت نسبة الذكاء على مستوى التوائم والأبناء في الأسرة والأبناء بالتبني معاً ، نجد أنها تقدم دليلاً على وجود مؤثرات وراثية في نسبة الذكاء ، وتثبتته بالقدر الذي يمكن إيجاده في العلوم السلوكية ، وبأساليب غير تجريبية . وإذا ما تم افتراض عدم وجود هذه المؤثرات الجينية ، فمن المستحيل - ببساطة - إعطاء تفسير موثوق لتلك الزيادة في تشابه نسب الذكاء ما بين التوائم المتطابقة مقارنةً بغير المتطابقة ، أو تبرير تلك الارتباطات الدالة بين نسب الذكاء لدى الإخوة البيولوجيين حتى عند تنشئتهم كل على حدة ، أو تعليل ذلك الارتباط القوي ما بين حجم الارتباطات في نسب الذكاء الأسرية ودرجة القرابة الوراثية (ص 60) .

وتتراوح التقديرات الأخرى المتعلقة بالنسبة المئوية للتباين في نسب الذكاء وارتباطه بالعوامل الجينية بين 51٪ (Chipeur,Rovine,&Plomin,1990) و 81٪ (Pederson,Plomin,Nesselroade,&McClearn,1992) . وبشكل عام ، يبدو أن تقديرات موروثية الذكاء تختلف وفقاً لعمر العينة ، إذ وجد أن هذه التقديرات تكون في حدها الأعلى لدى الفئات الأكبر سناً (McGue et al.,1993) .

وفي ضوء الأدلة على تأثر درجات الذكاء بالعوامل الجينية ، فهل يعني هذا أن درجات الذكاء لا يمكن تغييرها؟ الجواب هو "لا" . وهذا الأمر -عموماً- مصدرٌ للكثير من الحيرة والخلاف . تذكر أن تقديرات أثر الوراثة لا تصل إلى 100٪ . مما يعني أن للبيئة دوراً في نمو وتطور الذكاء . وكما يشير ماك-چيو وزملاؤه (McGue et al.,1993) ، فإن دراسات الوراثة السلوكية لنسبة الذكاء "تشير وبشكل قوي إلى وجود المؤثرات البيئية : فالارتباط بين التوائم من بويضة واحدة والذين تمت تنشئتهم معاً أقل من أن يكون تاماً ، والأقارب البيولوجيين الذين تمت تنشئتهم معاً أكثر تشابهاً من الأقارب البيولوجيين الذين لم تتم تنشئتهم معاً ؛ كما أن هنالك ارتباطاً دالاً في نسب الذكاء بين الأقارب غير البيولوجيين وأولئك الذين تمت تنشئتهم معاً" (ص 60-61) .

وحتى لو كانت تقديرات أثر الوراثة 100%، فإن هذا لا يلغي احتمالية التغير في درجات الذكاء. فبعض السمات "المحددة جينياً" -مثل الطول- يمكن أن تتأثر بالظروف البيئية، كما أن الاضطرابات الجينية يمكن التحكم بها، أو حتى علاجها بالتدخل العلاجي البيئي (Kamphaus, 1993). وبالرغم من ملاحظة بعض الزيادات أو التغيرات قصيرة الأمد، إلا أن نتائج البحث العلمي -بوجه عام- التي تتناول فعالية التدخلات العلاجية النفسية-الاجتماعية في تحسين درجات الذكاء ما تزال غير حاسمة (Kamphaus, 1993; Neisser et al., 1996). وعلى الرغم من هذه النتائج المحبطة أحياناً، فالفكرة العامة القائلة إنه ينبغي توافر بيئات أفضل للسماح للأفراد بإدراك إمكاناتهم الكامنة، تبدو هدفاً معقولاً وجديراً بالاهتمام.

الجدول 3-7 معدل معاملات ارتباط نسب الذكاء لدى الأسر

| العلاقة | معدلات الارتباط الموزونة | عدد الأزواج |
|--------------------------------------|--------------------------|-------------|
| أقارب بيولوجيون تمت تنشئتهم معاً | | |
| التوائم المتطابقة | 0.86 | 4.672 |
| التوائم غير المتطابقة | 0.60 | 5.546 |
| الإخوة | 0.47 | 26.473 |
| أحد الوالدين/الابن | 0.42 | 8.433 |
| الإخوة غير الأشقاء | 0.31 | 0.31 |
| أبناء العمومة | 0.15 | 1.176 |
| أقارب بيولوجيون تمت تنشئتهم منفصلين | | |
| التوائم المتطابقة | 0.72 | 65 |
| الإخوة | 0.24 | 203 |
| أحد الوالدين/الابن | 0.22 | 814 |
| أقارب غير بيولوجيين تمت تنشئتهم معاً | | |
| الإخوة | 0.32 | 714 |
| والد بالتبني/الابن | 0.19 | 1397 |

تم تحديد معدل الارتباط التقديري باستخدام معدلات موازنة حجم العينة لتحويلات الدرجة "ز" (z).

المصدر (Intelligence: of Studies Familial, A Review, J. T. Bouchard, Jr and M.

McGue, 1981, Science, p 212, 1056).

علم الوراثة السلوكية تخصصٌ يبحث في تقسيم أثر كل من المؤثرات الوراثية والبيئة على نمو السلوك وتطوره. إذ يتم إفراد البيرونيات وتنظيمها من خلال صفات وراثية، كما تتفاعل البيرونيات مع وسائط قسبولوجية (الهرمونات، النواقل العصبية، الخصائص البيولوجية للمحيز العصبي) لإنتاج السلوك (Plomin, DeFries, 1990). إن التركيب الوراثي للفرد - والمشار إليه بالتمط الجيني (genotype) - يتثبت عند ولادته، وينتقل إليه من والديه البيولوجيين. بينما يشير لتمط الظاهري (phenotype) إلى الخصائص التي يمكن ملاحظتها لدى الفرد، ويمكن لهذا التمثل أن يتغير. وبعد الذكاء، بل وحتى الاضطراب النفسي، خصائص تمطية ظاهرية قد تتغير مع الزمن. فالتمط الظاهري إذن نتاج للتفاعل ما بين التمثل الجيني والبيئة.

أحد أهم تصاميم البحث (من الناحية التفسيرية) المستخدمة في دراسة الوراثة السلوكية هو أسلوب التوائم. ويشمل هذا الأسلوب مقارنة توائم من بويضة واحدة - متطابقة جينياً - مع التوائم من بويضتين مختلفتين - تشترك بحوالي 50٪ من المادة الجينية -؛ وذلك من حيث السلوك أو الخصائص قيد الدراسة. ويعطينا التشابه بين أزواج التوائم ما يسمى نسبة الاتفاق أو مؤشر التشابه (concordance rate or similarity index). وفي أبسط أشكالها، فإن نسبة الاتفاق هي النسبة المئوية من الحالات عبر أزواج التوائم التي يُبدي فيها كلا التوأمين سلوكيات أو خصائص متشابهة. وقد اتضح أن نسب الاتفاق أو مؤشرات التشابه لدى التوائم المتطابقة أكبر منها لدى التوائم غير المتطابقة، وذلك بصورة دالة، مما يشير إلى أن المؤثرات الجينية تلعب دوراً مهماً في نمو هذه الفئات أو الخصائص السلوكية.

ولأن توائم البويضة الواحدة متطابقون، فمن المحتمل، إذا ما تمت تشبيها معاً، أن يتلقيا معاملة أكثر تشابهاً من تلك التي تلقاها التوائم الذين يأتون من بويضتين مختلفتين. بالتالي، يمكننا أن نزعّم بأن نسبة الاتفاق العالية لدى التوائم المتطابقة مقارنةً بغير المتطابقة قد تعود في جزء كبير منها إلى المؤثرات البيئية كما للمؤثرات الجينية. ومن الأساليب الأخرى المستخدمة في دراسة الوراثة السلوكية، تلك التي تستخدم عينات توائم متطابقة تمت تشبيها معاً. وتوائم متطابقة لم تتم تشبيها معاً، وتوائم غير متطابقة تمت تشبيها معاً، وتوائم غير متطابقة لم تتم تشبيها معاً. وبهذه الطريقة، يكون من الأسهل فصل المؤثرات الوراثية عن البيئية. فعلى سبيل المثال، يمكن للنتائج التالية أن تظهر تأثيرات وراثية في تحديد السلوكيات أو الخصائص موضوع الدراسة: (أ) نسب الاتفاق للتوائم من بويضة واحدة الذين تمت تشبيها معاً أو منفصلين، أعلى بصورة ذات دلالة من نسبة التوائم من بويضتين مختلفتين تمت تشبيها معاً أو منفصلين؛ (ب) نسبة الاتفاق لدى التوائم المتطابقين الذين تمت تشبيها معاً أو منفصلين مقارنةً لنسب التوائم المتطابقين الذين تمت تشبيها معاً، و(ج) نسبة الاتفاق لدى التوائم غير المتطابقين الذين تمت تشبيها معاً مقارنةً لنسب التوائم غير المتطابقين الذين تمت تشبيها معاً. وتشير هذه النتائج إلى أن الجينات تلعب دوراً مهماً هنا؛ لأن التشابه/الاتفاق ناتج عن حجم الموروثات الجينية المشتركة، ولم يكن للنشئة في بيئات مختلفة أثر واضح على هذا التشابه.

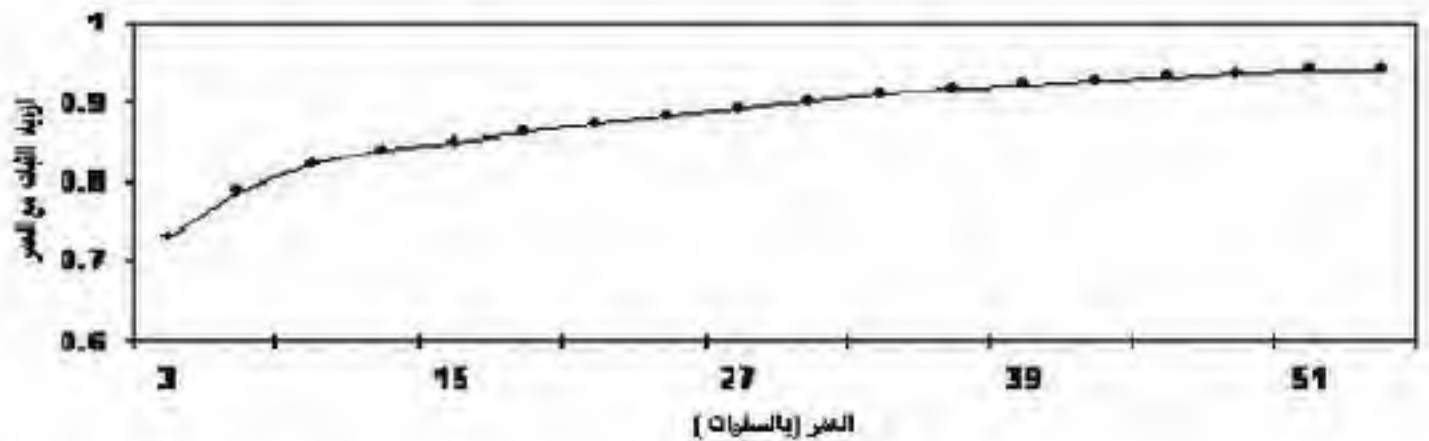
لقد قمنا فقط بعرض نظرية موجزة ومبسطة عن علم الوراثة السلوكية . ولقد شهد الاهتمام بهذا الميدان فترات من النمو وأخرى من التراجع ، على مر السنين . كما أنه في بعض الأحيان كان هدفاً للمهجوم من قبل حسابات مختلفة (Plomin et al., 1990) . على أية حال ، من المهم أن تبقى عدداً من النقاط في ذهننا : أولاً ، أن تشابه نسب الاتفاق يعني أنها أقل من 100٪ (أو 1.00) مما يشير بالضرورة إلى وجود تأثيرات بيئية . وبالتالي ، فإن أساليب الدراسة في علم الوراثة السلوكية هي أدوات محدودة وتقيس تأثير لعوامل البيئة كما الجينية . ثانياً ، معرفة أن سلوكاً ما أو خاصية معينة ربما تتأثر بالجينات ، لا يعني أنها غير قابلة للتحويل أو التغيير . فالجينات والبيئة تتفاعل معاً بطرق معقدة لإنتاج السلوك .

وباختصار ، فإن جدلية المؤثرات الجينية مقابل البيئة ليست مسألة مُفاضلة بينهما أو استبعاد أيٍّ منهما . فمن الواضح أن كليهما يلعب دوراً ما في نمو الذكاء والتعبير عنه . فعلماء الوراثة السلوكية لا يدعون أن البيئة لا تلعب دوراً في الذكاء ، بل من الواضح أن بيئاتهم تشير إلى تدخل العوامل البيئية ، وإلى أن هذه العوامل يجب أن تستثير مزيداً من الأبحاث حول طبيعتها وتأثيرها في نمو الذكاء وتطوره .

ثبات درجات الذكاء Stability of IQ Scores

وكما أشرنا سابقاً ، فأحد أساليب تقييم ثبات مقياس ما هو القيام بحساب معاملات الارتباط الناجمة عن إعادة الاختبار . وهذا يعطينا فكرة حول مدى ثبات الدرجات عبر الزمن . وكما ذكر شورچر وويت (Schuerger & Witt, 1989) ، فإن درجات الذكاء تميل إلى أن تكون أقل استقراراً لدى الأطفال اليانعين وأكثر استقراراً لدى البالغين . إضافة إلى ذلك -وهو أمر ليس مفاجئاً- فإن طول المدة الفاصلة بين الاختبار وإعادة الاختبار (عاماً واحد مقابل 10 أعوام مثلاً) يؤدي إلى تقديرات أقل للثبات/الاستقرار . ويصور الشكل 3-7 استقرار درجات الذكاء نتيجة للعمر .

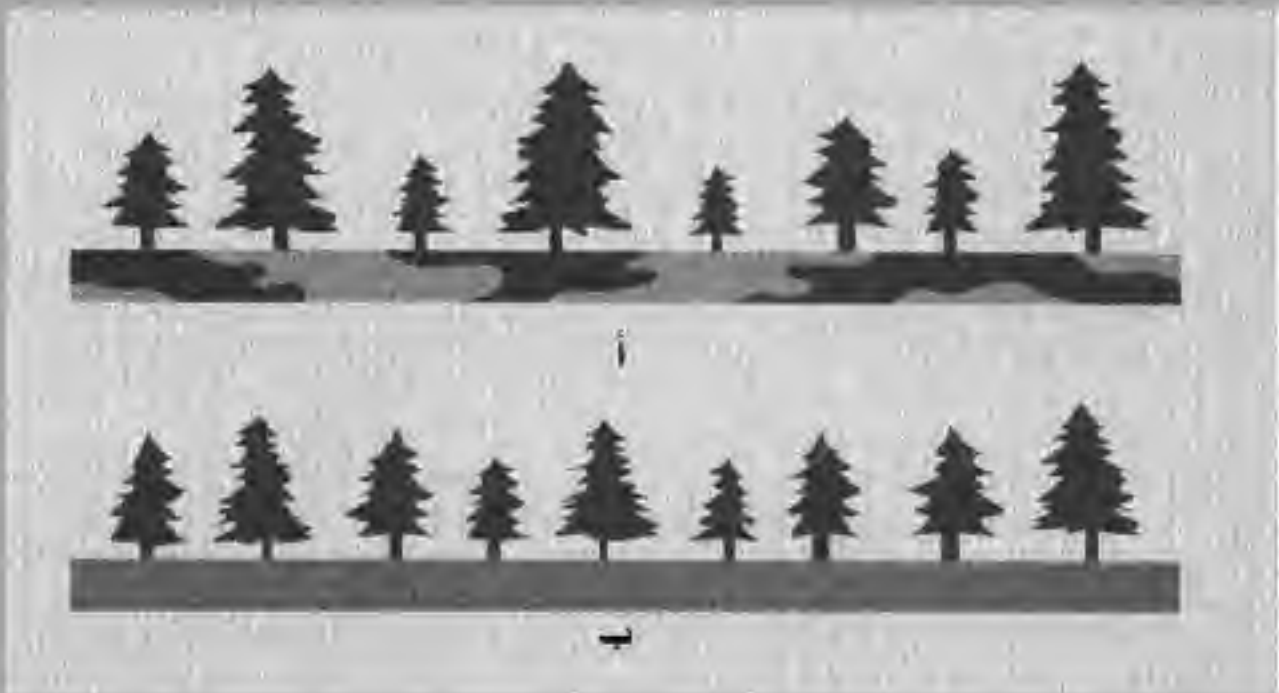
الشكل 3-7 شكل بياني يصور العلاقة بين العمر والثبات



المصدر .

Scheurjer and Witt, 1989. The temporal stability of Individually tested intelligence. Journal of Clinical Psychology, 45, p. 300

إن الأشجار الخضراء في الشكل "أ" تختلف من حيث ارتفاعها ، وتسمى درجة الاختلاف بينها بالتباين . ما الذي يُنتج هذا التباين؟ لا شك أن بعض هذا التباين قد يُعزى إلى الوراثة . ولكي نحدد مدى تأثير هذه الوراثة نعمل على مساواة الشروط البيئية مثل التربة والماء وأشعة الشمس (كما يشير لها اختلاف الظلال على الأرض) . والآن ، نأخذ مجموعة عشوائية من البذور المختارة من الشكل "أ" ، ثم نزرعها في تلك البيئة الموحدة "ب" ، وننتظر بصبر حتى تكبر الأشجار . نلاحظ هنا أن التباين في الحجم في الشكل "ب" أقل منه في الشكل "أ" . وهذا يعكس حقيقة أن الشروط البيئية في الشكل "ب" متساوية بين الأشجار ، بحيث يتم إقصاء أية عوامل بيئية للتباين . وعليه ، يكون التباين المتبقي في الشكل "ب" نتاج عوامل وراثية بحتة . وبالتالي ، تكون الوراثة المتعلقة بالطول في الشكل "أ" هي حاصل التباين في الشكل "ب" (التباين الذي يعزى للعوامل لوراثية) مقسوماً على التباين في "أ" (التباين الكلي في المجموعة) .



إن دلالة هذه النتائج واضحة جداً . فالأخصائيون الإكلينيكيون لا يمكنهم أن يفترضوا أن اختباراً واحداً للذكاء سيصف بدقة مستوى ذكاء الفرد طيلة حياته . إذ تميل درجات الذكاء للتغير ، وهذا الأمر ينطبق بشكل خاص على الأطفال . ولهذا السبب ، وفي تقاريرهم حول الاختبارات ، يصف الإكلينيكيون عادةً "المستوى الحالي للأداء العقلي" للفرد ؛ فهناك مؤثرات مختلفة (كالمرض أو الدافعية أو التغيرات الانفعالية) يمكن أن تؤثر على درجات الفرد .

في هذا الجزء ، سنصف باختصار عدداً من اختبارات الذكاء الأكثر استخداماً في تقييم ذكاء الأطفال والبالغين .

مقاييس ستانفورد-بينييه The Stanford-Binet Scales

لسنوات عديدة ، كانت مقاييس بينيه هي المقاييس المفضلة ، وقد خضعت للعديد من المراجعات منذ أعمال بينيه الأولى عام 1905 ، من أهمها مراجعة تيرمان عام 1916 ، التي تبعتها مراجعة ستانفورد-بينييه عام 1937 (Terman&Merrill,1937) ، ثم ظهور الصورة المعدلة لستانفورد-بينييه عام 1960 (Terman&Merrill,1960) الذي أفسح المجال لظهور حقبة هذا الاختبار عام 1972 بمعاييره الجديدة . أما المراجعة الأحدث لهذا المقياس فقد ظهرت عام 1986 ، متمثلة في الطبعة الرابعة من ستانفورد-بينييه (Stanford- Binet Forth Edition; SB-4) (Thorndike,) (Hagen,&Sattler,1986) .

وصف الاختبار Description

وحتى ظهور مراجعته الأخيرة ، عُرف اختبار ستانفورد-بينييه بمقياسه عمرياً . فقد كان يضم 20 مستوى عمرياً ، ابتداءً من السنة الثانية من العمر ، وحتى المستوى الثالث من البالغين المتفوقين . وفي كل مستوى ، هناك 6 فقرات ، تُترجم كل فقرة يتم الإجابة عنها إلى درجة من شهر أو شهرين من درجات العمر العقلي (وفقاً لما إذا كانت قبل مستوى السنة الخامسة أو بعده) .

إلا أن صورة المقياس لعام 1986 مختلفة بشكل جذري ، فهي قائمة على نموذج هرمي للذكاء . إذ تحتوي الصورة الرابعة من ستانفورد-بينييه على 4 تصنيفات عامة للفقرات ، وكل تصنيف يتكون من عدد من الاختبارات الفرعية :

- 1 . الاستدلال اللفظي (verbal reasoning) : المفردات ، الفهم العام ، السخافات ، العلاقات اللفظية .
- 2 . الاستدلال الكمي (quantitative reasoning) : الحساب ، سلاسل الأرقام ، بناء المعادلات .
- 3 . الاستدلال المجرد/البصري (abstract/visual reasoning) : تحليل الأنماط ، النسخ ، المتاهات ، طوي الورق وقصّه .
- 4 . الذاكرة قصيرة الأمد (short-term memory) : الذاكرة الخرزية ، ذاكرة الجمل ، ذاكرة الأرقام ، ذاكرة الأشياء .

ويتألف كل اختبار فرعي من فقرات ذات مستويات مختلفة من الصعوبة ، من عمر سنتين إلى الرشد . وتستخدم هذه المراجعة إجراءات اختبار تكيفية تسمى بالاختبار متعدد المراحل (multistage testing) ، حيث يقوم الفاحص ابتداءً بتطبيق اختبار المفردات لتحديد نقاط البدء (أي الفقرات ينبغي البدء بها) لكل من الاختبارات الفرعية المتبقية . هذا التقدير المبدئي للقدرة يزود الفاحص بمدخل ملائم أو نقطة بداية للاختبارات اللاحقة . ومن المحتمل أن يفود إلى اختبار أكثر كفاءة من مجرد الاعتماد الحصري على العمر الزمني كمؤشر لنقطة البداية . وعليه ، فلا تُعطى الفقرات نفسها لكل المفحوصين من المجموعة العمرية الواحدة . ونذكر هنا أن الصُّور القصيرة أو المختصرة من الصورة الرابعة من ستانفورد-بينيه مشروحة في دليل الاختبار . على أية حال ، ما تزال هناك حاجة للمزيد من الأبحاث حول مدى تكافؤ الصورة الرابعة الكاملة من الاختبار مع الصور المختصرة (Kamphaus, 1993) .

التقنين Standardization

لقد شمل التقنين النهائي للطبعة الرابعة من ستانفورد-بينيه 5013 مشاركاً . وباستخدام التعداد السكاني للولايات المتحدة لعام 1980 ، تم اختيار أفراد العينة وفقاً للمنطقة الجغرافية ، وحجم المجتمع المحلي ، والجماعة الإثنية ، والفئة العمرية ، والجنس . كما تم أخذ الوضع الاقتصادي-الاجتماعي بالاعتبار كذلك .

وقد تم اختبار الفقرات وفقاً لمدى قدرتها على قياس التصنيفات الأربعة التي تم ذكرها . كما حُذفت الفقرات التي أدت إلى نتائج غير ثابتة ، أو أظهرت تحيزاً إثنياً أو جنسياً ، أو لم تكن ملائمة لمدى واسع من الفئات العمرية .

الثبات والصدق Validity and Reliability

يشير دليل الصورة الرابعة من ستانفورد-بينيه (Thorndike et al., 1986) إلى توافر دعم لثبات الدرجة الكلية والدرجات الفرعية للاختبار . حيث كانت درجات ثبات الانساق الداخلي في نطاق 0.80 و 0.90 بشكل أساسي . أما ثبات إعادة الاختبار لفترات زمنية تمتد من شهرين إلى 8 أشهر (على أطفال ما قبل المدرسة) فقد كان معظمه في نطاق 0.70 ، مع بعض الدرجات في نطاق 0.80 و 0.90 . إلا أن عدداً قليلاً من الارتباطات الخاصة ببعض الاختبارات الفرعية كان متدنياً بشكل مخيب للآمال .

أما بالنسبة لصدق الدرجات الكلية على الصورة الرابعة من ستانفورد-بينيه ، فقد تم التوصل إلى بعض الدلائل التي تدعمه (Laurent, Swerdlik, & Ryburn, 1992; Thorndike et al., 1986) .

فعلى سبيل المثال ، كان الارتباط ما بين درجات المراجعة الرابعة من ستانفورد-بينيه ، والصورة المعدلة منه لعام 1972 يساوي 0.81 ، كما كان الارتباط ما بين المراجعة الرابعة من ستانفورد-بينيه ومقاييس وكسلر (الذي سنشرحه فيما يلي) يساوي 0.83 للأطفال ، و0.80 لأطفال ما قبل المدرسة ، و0.91 للبالغين . ووجد أن الارتباطات ما بين الاختبارات الفرعية للمراجعة الرابعة من ستانفورد-بينيه واختبارات وكسلر ، كانت جوهرية أيضاً . وهكذا ، فقد تم دعم صدق اختبار ستانفورد-بينيه الجديد من خلال اللجوء إلى محك يظهر ارتباطه بدرجة عالية مع اختبارات أخرى معتمدة لقياس الذكاء .

وأخيراً ، فقد تبين أن درجات الذكاء للأطفال الموهوبين كانت أعلى من متوسطات عينة التقنين ، وبمستويات ذات دلالة . كما حصل المشاركون من ذوي صعوبات التعلم والتخلف العقلي على درجات أقل من تلك التي حصل عليها أفراد عينة التقنين بصورة دالة . وبشكل عام ، يمكننا القول إن صدق المراجعة الرابعة من ستانفورد-بينيه يبدو واعداً . إلا أنه لا بد من الإشارة هنا إلى أن ما تحقق من نتائج دعم للعوامل الأربع الكامنة وراء اختبار ستانفورد-بينيه والمقترحة أصلاً من قبل واضعي الاختبار ، ما يزال مختلطاً وغير حاسم (Laurent et al., 1992) .

مقاييس وكسلر The Wechsler Scales

لقد كانت للصور الأولى المعدلة من ستانفورد-بينيه سلبياتها التي قادت دافيد وكسلر (David Wechsler) إلى تطوير مقياس وكسلر-بلقيو (Wechsler-Bellevue) للذكاء عام 1939 . وقد كان هذا الاختبار مصمماً للراشدين ؛ فهو اختبار يتضمن فقرات ذات محتوى أكثر ملاءمة للراشدين وأكثر تحفيزاً لهم ، مقارنةً باختبار ستانفورد بينيه الموجه لأطفال المدارس . وعلى النقيض من اختبار ستانفورد-بينيه ، الذي تم ترتيب فقراته وفقاً للمستويات العمرية ، نجد أن فقرات مقياس وكسلر-بلقيو تتجمع في اختبارات فرعية . فعلى سبيل المثال ، تم وضع جميع الفقرات الحسابية في اختبار فرعي واحد ، وتم ترتيبها تصاعدياً من حيث صعوبتها . إضافةً إلى ذلك ، هناك مقياس أدائي (Performance Scale) وآخر لفظي (Verbal Scale) (يتكونان من خمسة وستة اختبارات فرعية ، على التوالي) . ويمكن استخراج نسبة ذكاءٍ مستقلة لكل مقياس ، إضافةً إلى نسبة الذكاء الكلية (Full Scale IQ) . وقد ساعد وضع الفقرات الأدائية بهذه الصورة المنظمة على حل معضلة التركيز المبالغ فيه على المهارات اللفظية ، والتي حدثت من استخدام الصور الأولى من ستانفورد-بينيه مع بعض الفئات الخاصة من المجتمع .

وقد استخدم وكسلر مفهوماً لنسبة الذكاء يعتمد على الانحراف عن المعيار . ويفترض هذا المنحى ، كما رأينا ، أن الذكاء يتوزع بشكل طبيعي ، ويقوم بمقارنة الأفراد مع أنداد من عمرهم . وبالتالي ، فهو يقارن أداء شخص في الخامسة عشرة من عمره مع أداء الآخرين الذين يبلغون الخامسة عشرة من عمرهم أيضاً . وهذه الطريقة تضع إحصائياً نسبة الذكاء 100 كمتوسط لكل مجموعة عمرية . ونتيجة لذلك ، فإن نسبة الذكاء التي تساوي 100 تعني الشيء نفسه لأي شخص ، بغض النظر عن عمر ذلك الشخص .

مقياس وكسلر الثالث لذكاء الراشدين III-WAIS

وتعرف الصورة المستحدثة من مقياس وكسلر-بلفيو للذكاء ، بمقياس وكسلر لذكاء الراشدين (Wechsler Adult Intelligence Scale) (WAIS) . وقد ظهر هذا المقياس للمرة الأولى عام 1955 ، ونُشرت صورة مُعدلة منه (R-WAIS) عام 1981 م . أما الصورة الأحدث له (III-WAIS) فقد صدرت عام 1997 .

ولعل إحدى التعديلات الرئيسية التي أدخلت على مقياس وكسلر للراشدين (III-WAIS) هي إضافة فقرات عكسية (Reversal Items) إلى عددٍ من الاختبارات الفرعية . وفي هذه الاختبارات ، يبدأ جميع المفحوصين بالإجابة عن الفقرتين الأساسيتين نفسيهما ، فإذا لم يتم الحصول على درجة كاملة على أي من هاتين الفقرتين ، يتم تقديم الفقرات اللاحقة بترتيب عكسي ، حتى يتم الحصول على درجة كاملة على أي فقرتين متتاليتين . والهدف من هذا التغيير هو تحديد مستوى قدرة المفحوص بأكبر قدر ممكن من الفعالية ، دون الحاجة إلى تقديم فقرات أدنى من مستوى قدراته بشكل ملحوظ . وهناك ابتكار آخر يتمثل بقدرة مقياس وكسلر للراشدين (III-WAIS) على تزويدنا بدرجة المؤشر (Index Score) إضافةً إلى درجات الذكاء (درجة الذكاء الكلية ، الذكاء اللفظي ، الذكاء الأدائي) . ومن خلال تطبيق 13 اختباراً فرعياً (باستثناء جميع الأشياء ، وهو اختبار فرعي اختياري ، انظر أدناه) ، يمكن حساب أربع درجات للمؤشر ، وهي الفهم اللفظي (verbal comprehension) ، التنظيم الإدراكي (perceptual organization) ، الذاكرة العاملة (working memory) ، وسرعة معالجة المعلومات (processing speed) . وتعكس درجات المؤشر هذه القدرات الأساسية الكامنة وراء درجات الاختبارات الفرعية . وبالتالي ، تزودنا درجات المؤشر بتقييم أكثر تفصيلاً لجوانب قوة المفحوص وضعفه عبر المهام المختلفة .

وفيما يلي وصفٌ مختصر للاختبارات الفرعية الأربعة عشر لمقياس وكسلر للراشدين (III-WAIS). وتشكل السبعة الأولى منها الاختبارات الفرعية اللفظية ، بينما تشكل السبعة الأخرى الاختبارات الفرعية الأدائية .

1 . المفردات (vocabulary) : على المفحوص هنا أن يعرف الكلمات الواردة في قائمة من المفردات المتدرّجة في صعوبتها . وربما يكون هذا الاختبار هو أفضل اختبار مفرد لقياس القدرة اللفظية ؛ فهو يتمتع بمعامل ارتباط عالٍ مع نسبة الذكاء الكلية ، كما ويشعر بعضهم بأنه يقترب من قياس ما يُصطلح على تسميته بالعامل العام "g" .

2 . المتشابهات (similarities) : يتكون هذا الاختبار الفرعي من 19 فقرة ، على المفحوص فيها أن يبين وجه الشبه بين شيئين . ويتطلب هذا الاختبار قدرةً أساسية على التفكير المجرد وتطوير المفاهيم .

3 . الحساب (arithmetic) : ويتضمن 20 فقرة شبيهة بالمشكلات الحسابية التي نجدها في معظم الكتب الدراسية المنهجية . وتتلى هنا الفقرات شفهيًا ، ولا يُسمح للمفحوص باستخدام الورقة والقلم .

4 . تذكر الأرقام (digit span) : هذا الاختبار مقياسٌ للذاكرة قصيرة الأمد والانتباه . حيث تتلى مجموعتان من الأرقام من قبل الفاحص . ويُطلب من المفحوص في المجموعة الأولى أن يعيد الأرقام بالترتيب الذي ذكره الفاحص . أما في المجموعة الثانية ، فعليه أن يعيدها بشكل عكسي .

5 . المعلومات (information) : وهو اختبار مكون من 28 فقرة ، تقيس معارف يُتوقع أن يكون المرء قد اكتسبها من خلال حياته اليومية ، وتفاعلاته الثقافية .

6 . الفهم العام (comprehension) : وتتطلب الفقرات الثمانية عشر لهذا الاختبار الفرعي من المفحوص أن يبرّر اتباع الأفراد لإجراءات معينة ، وأن يفسر أمثالاً وحكماً ، وأن يقرر ما ينبغي فعله في مواقف معينة . وتقيس هذه الفقرات الحس العام المشترك أو الحكمة العامة ، والأحكام العملية في حل مشكلة ما .

7 . تتابع الحروف-الأرقام (letter-number sequencing) : ويتكون هذا الاختبار الجديد من 7 فقرات تقيّم الذاكرة العاملة والانتباه . وفيه يتم قراءة مزيج من الأرقام والحروف ، وعلى المفحوص أولاً أن يتذكر الأرقام بترتيب تصاعدي ، ومن ثم الحروف بترتيب أبجدي . وتتكون كل فقرة من ثلاث محاولات تجريبية للتركيبات المختلفة من الأرقام والحروف . ويعد هذا الاختبار اختباراً تكاملياً لدرجات الذكاء .

- 8 . إكمال الصور (picture completion) : ويتكون هذا الاختبار من 25 بطاقة ملونة ، تظهر في كل منها صورة ذات جزء مفقود ، وعلى المفحوص أن يبين الجزء الناقص . وتتطلب هذه المهمة تركيزاً وقدرةً على ملاحظة التفاصيل وعدم التطابق .
- 9 . رموز الأرقام (digit symbol coding) : وتتطلب مهمة إكمال الرموز هذه من المفحوص أن يملأ الفراغات الموجودة تحت سلسلة طويلة من الأرقام بالرموز المناسبة ، وذلك باستخدام مفتاح للرموز . ويتطلب هذا الاختبار الفرعي من المفحوص أن يعمل بشكل مباشر وبتركيز شديد .
- 10 . تصميم المكعبات (block design) : على المفحوص أن يقوم بمطابقة المكعبات لتمثيل عدداً من التصميمات الموجودة على مجموعة من البطاقات . وتتطلب هذه المهمة تناسقاً بصرياً-حركياً ، وقدرةً على التركيب التحليلي .
- 11 . استنتاج المصفوفات (matrix reasoning) : ويحتوي هذا الاختبار الفرعي الجديد على فقرات تقيس معالجة المعلومات البصرية ومهارات الاستدلال المجرد .
- 12 . ترتيب الصور (picture arrangement) : هنا ، ينبغي القيام بترتيب عدة مجموعات من الصور بتتابع ملائم لتروي قصةً متسقة . ويقيس هذا الاختبار الفرعي القدرة على الحكم ، والتوقع ، والتخطيط المسبق .
- 13 . البحث عن الرموز (symbol search) : وهذا الاختبار الفرعي الجديد -الذي يحتوي على 60 فقرة- مشابه لاختبار البحث عن الرموز في الصورة الثالثة من مقياس وكسلر للأطفال (III-WISC) . وتتطلب هذه المهمة تحديد ما إذا كان رمزاً ما موجوداً في سلسلة من الرموز أم لا .
- 14 . تجميع الأشياء (object assembly) : وهنا ينبغي تجميع خمسة أشكال . ويتطلب هذا الاختبار القدرة على تصوّر الكل من خلال الأجزاء ، وعلى التخطيط المسبق ، إضافةً إلى شيءٍ من التناسق البصري-الحركي . وبعكس الصور السابقة من مقياس وكسلر ، فهذا الاختبار الفرعي أصبح الآن اختياريّاً .

الحصول على نسب الذكاء ودرجات المؤشر

Obtaining IQ Scores and Index Scores

يتم تحويل الدرجات الخام التي تم الحصول عليها من كل اختبار فرعي إلى درجاتٍ موزونة ؛ وهي درجات مقننة لمجموعة عمرية معطاة . ومن ثم يتم حساب عدد من درجات نسب الذكاء والمؤشر ، وذلك من خلال جمع الدرجات الموزونة من اختبارات فرعية مُنتقاة ، وتحويل هذه المجموع إلى درجاتٍ مكافئة من نسب الذكاء . ويبين الجدول 4-7 الاختبارات الفرعية لمقياس وكسلر

للمراشدين (III-WAIS) ، التي تُستخدم لحساب كلٍّ من الدرجات الأساسية السبعة من نسب الذكاء ودرجات المؤشر : نسبة الذكاء اللفظي ، نسبة الذكاء الأدائي ، نسبة الذكاء الكلية ، الفهم اللفظي ، التنظيم الإدراكي ، الذاكرة العاملة ، وسرعة معالجة المعلومات .

التقنين Standardization

تم تقنين مقياس وكسلر للمراشدين (III-WAIS) على عينة من 2450 شخصاً راشداً ، وقد تضمنت العينة عدداً متساوياً من الرجال والنساء في 13 فئة عمرية ، تتراوح ما بين 16 إلى 89 عاماً . وقد تم اختيار العينة بالطريقة الطباقية وفق العمر والجنس والعرق ومستوى التعليم والمنطقة الجغرافية ، وذلك بالرجوع إلى بيانات مكتب تعداد السكان لعام 1995 للولايات المتحدة كدليل في عملية الاختيار .

الثبات والصدق Reliability and Validity

لقد تراوح معدل معامل الثبات عبر سائر الفئات العمرية من 0.94 إلى 0.98 ، وذلك لكلٍّ من المقياس الكلي ونسبة الذكاء الأدائي ونسبة الذكاء اللفظي ، أما معدل معامل الثبات لهذه الفئات العمرية من حيث درجات مؤشر الفهم اللفظي والتنظيم الإدراكي والذاكرة العاملة وسرعة معالجة المعلومات ، فقد تراوح من 0.88 إلى 0.96 . أما درجات ثبات إعادة الاختبار بعد فترة زمنية امتدت من أسبوعين إلى 12 أسبوعاً ، فقد تراوحت من 0.67 إلى 0.94 لجميع الفئات العمرية ، وعلى مختلف الاختبارات الفرعية .

وهناك حجم هائل من البيانات التي تدعم صدق درجات مقياس وكسلر للمراشدين (WAIS-III) (Psychological Corporation, 1997) . فقد وُجدت معاملات ارتباط دالة بين درجات بعض الاختبارات التي تقيس القدرات المعرفية (مثل WAIS-R و WISC-III) والدرجات على اختبارات فرعية أخرى ذات صلة ، تم الحصول عليها من مقياس وكسلر للمراشدين (WAIS-III) . فعلى سبيل المثال ، ارتبطت درجات مؤشر الذاكرة العاملة بصورة مرتفعة مع مقاييس من اختبارات أخرى تقيس الانتباه والتركيز ، كما ارتبطت درجات مؤشر الفهم اللفظي ونسبة الذكاء اللفظي لمقياس وكسلر للمراشدين (WAIS-III) بصورة دالة مع الدرجات على مقاييس أخرى خارجية تقيس الطلاقة اللغوية والفهم اللغوي . وأخيراً ، ولزيد من الدعم للصدق العاملي لمقياس وكسلر للمراشدين (WAIS-III) ، فهناك سلسلة من التحليلات العاملية الاستطلاعية والتوكيدية التي دعمت بشكل واسع العوامل الخاصة الأربعة لمقياس وكسلر للمراشدين (WAIS-III) (الفهم اللفظي ، التنظيم الإدراكي ، الذاكرة العاملة ، وسرعة معالجة المعلومات) ،

كما دعمت الارتباطات المتوقعة بين الاختبارات الفرعية لمقياس وكسلر للراشدين (WAIS-III) وهذه العوامل أيضاً .

الجدول 4-7 الاختبارات الفرعية لمقياس وكسلر للراشدين ونسب الذكاء أو درجات المؤشر الخاصة بها

| الاختبار الفرعي | نسبة الذكاء الكلية | نسبة الذكاء اللفظي | نسبة الذكاء الأدائي | الفهم اللفظي | التنظيم الإدراكي | العاملة سرعة | معالجة المعلومات |
|-----------------------|--------------------|--------------------|---------------------|--------------|------------------|--------------|------------------|
| إكمال الصور | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| المفردات | ✓ | ✓ | | ✓ | | | ✓ |
| رموز الأرقام | ✓ | | ✓ | | | | |
| المنشآت | ✓ | ✓ | | ✓ | | | |
| تصميم المكعبات | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| الحساب | ✓ | ✓ | | | | ✓ | |
| الاستدلال المقولب | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| تذكر الأرقام | ✓ | ✓ | | | | ✓ | |
| المعلومات | ✓ | ✓ | | | | | |
| ترتيب الصور | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| الفهم | ✓ | ✓ | | | | | |
| البحث عن الرموز | | | O | | | | ✓ |
| ترتيب الحروف والأرقام | | O | | | | ✓ | |
| الأشياء | | | O | | | | |

ملاحظة : تشير علامة لا إلى أن الدرجات التي يتم الحصول عليها على الاختبار الفرعي الخاص بها ، تُستخدم لحساب تلك الدرجة لنسبة الذكاء أو للمؤشر . وتشير علامة O إلى أن الدرجات التي يتم الحصول عليها على الاختبار الفرعي الخاص بها ، يمكن استخدامها كبديل لاختبارات فرعية أدائية أو لفظية محددة إذا لم يتم تطبيقها .

التبذة للوحدة التالية مأخوذة من تقرير كتبه أخصائي إكلينيكي رداً على إحالة من قبل طبيبة عامة ، طلبت أن يتم تقييم مريضها من حيث قدراته المعرفية ، وخاصة من ناحية ذاكرته قصيرة الأمد وانتباهه . وقد تبين أن المريض كان يجد صعوبة في وظيفته الجديدة كسائق لرافعة في أحد المستودعات . وبالنسبة له ، لم يكن يستطيع القيام بتصايه من العمل ، وكان " ينسى " أداء بعض المهام الموثقة به . وهنا ، سنعرض فقط نتائج على مقياس وكسلر للراشدين (WAIS-III) وتفسيرها .

المريض : رايان ، آدم (اسم غير حقيقي)

العمر : 28 عاماً .

مستوى التعليم : الثانوية العامة .

الوضع الاجتماعي : أعزب .

السلوك أثناء الاختبار : كان السيد رايان متعاوناً في مختلف نواحي الاختبار ، ويعمل بجد في كافة المهام المطلوبة . وكان يذكر باستمرار أنه " يتمشكل " كثيراً بسبب نسيانه . كما بدأ متوتراً ومتضايقاً من أدائه على عدة اختبارات فرعية ، طالباً الحصول على معلومات جديدة ، ومن ثمّ إما يقوم بإعادتها (تذكر الأرقام) أو يؤدي عمليات على المعلومات (الحساب) .

الأداء العقلي : بناءً على الدرجات التي حصل عليها من مقياس وكسلر للراشدين (WAIS-III) ، فإن السيد رايان بمستوى أداء يقع ضمن المدى المتوسط من الذكاء ، وقد بلغت نسبة ذكائه الكلية 100 . وقد كانت درجات ذكائه اللفظي (100) والأدائي (100) أيضاً ضمن المدى المتوسط . إلا أن فحص درجاته على الاختبارات الفرعية ودرجات المؤشر كشف عن قدر كبير من التباين . وفيما يلي عرضٌ كامل للدرجات التي حصل عليها :

| الاختبارات اللفظية | الاستدلال المقولب | |
|-------------------------|----------------------------|------|
| المفردات | ترتيب الصور | 10 |
| 12 | | 10 |
| المتشابهات | (البحث عن الرموز) | (9) |
| 13 | | |
| الحساب | (لجميع الأشياء) | (10) |
| 7 | | |
| تذكر الأرقام | الدرجات المركبة | 6 |
| 11 | | |
| المعلومات | نسبة الذكاء اللفظي | 100 |
| 12 | | 100 |
| الفهم | نسبة الذكاء الأدائي | 100 |
| (تتابع الحروف والأرقام) | نسبة الذكاء الكلية | 100 |
| (5) | | |
| الاختبارات الأدائية | مؤشر الفهم اللفظي | 110 |
| إكمال الصور | مؤشر التنظيم الإدراكي | 103 |
| 12 | | |
| رموز الأرقام | مؤشر الذاكرة العاملة | 75 |
| 9 | | |
| تصميم المكعبات | مؤشر سرعة معالجة المعلومات | 93 |
| 10 | | |

وبالرغم من أن درجاته ارتبطت بالفهم اللفظي والتنظيم الإدراكي ، وأنها تضعه في المدى المتوسط من الأداء ، إلا أن درجات السيد رايان التي تعكس حالة ذاكرته العاملة تضعه في مدى الحد الفاصل من الأداء . كما أنه أظهر ضعفاً في تلك الاختبارات الفرعية التي تحتاج إلى الانتباه والذاكرة قصيرة الأمد ومعالجة المعلومات الجديدة .

يوضح هذا المثال لنا كيف أن الاعتماد المفرط على نسب الذكاء العامة (الكلية واللفظية والأدائية) يمكن أن يكون مضللاً . فبالرغم من أن الدرجات العامة للسيد رايان كانت في المدى المتوسط ، إلا أن الفحص المتعمق للدرجات على اختباره الفرعية ودرجات المؤشر التي حصل عليها ، يشير إلى وجود عيوب معرفية . ولهذا السبب ، من المهم حساب وتفسير أية فروق وتناقضات بين الدرجات على الاختبارات الفرعية ونسب الذكاء ودرجات المؤشر ، وذلك لإعطاء تصور إكلينيكي غني ومتكامل للقدرات المعرفية للمفحوص .

مقياس وكسلر الرابع لذكاء الأطفال The WISC IV

لقد طُوّر مقياس وكسلر لذكاء الأطفال (Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC)) للمرة الأولى عام 1949 ، وتمت مراجعته عام 1974 (WISC-R) ومرة أخرى عام 1991 (WISC-III, Wechsler, 1991) . أما الصورة الرابعة الأحدث (WISC-IV) فقد نُشرت عام 2003 (Wechsler, 2003) . وهو مقياس ملائم للأطفال من 6 سنوات إلى 16 سنة ، ويتكون من 10 اختبارات فرعية أساسية و5 أخرى تكميلية . ومثلها مثل الصور السابقة ، فإن الصورة الرابعة المعدلة من الاختبار امتداداً لمقياس وكسلر للراشدين ، ولكن باتجاه الأعمار الأدنى .

وصف المقياس Description

إن مقياس وكسلر للأطفال (WISC-IV) ذو بنية هرمية ، تمثل الاختبارات الفرعية فيها أربعة مؤشرات تتكون منها نسبة الذكاء الكلية . ويوضح الشكل 7-7 هذا النموذج .

1 . يتضمن مؤشر الفهم اللغوي (Verbal Comprehension Index - VCI) اختبارات المتشابهات ، والمفردات ، والفهم العام . وهناك اختباران تكميليان لهذا المؤشر ، وهما المعلومات والاستدلال . وهذا المؤشر -الذي يعد مناظراً لنسبة الذكاء اللفظي في اختبارات وكسلر الأخرى من عدة نواح- يعد مؤشراً للاستدلال اللفظي والفهم العام .

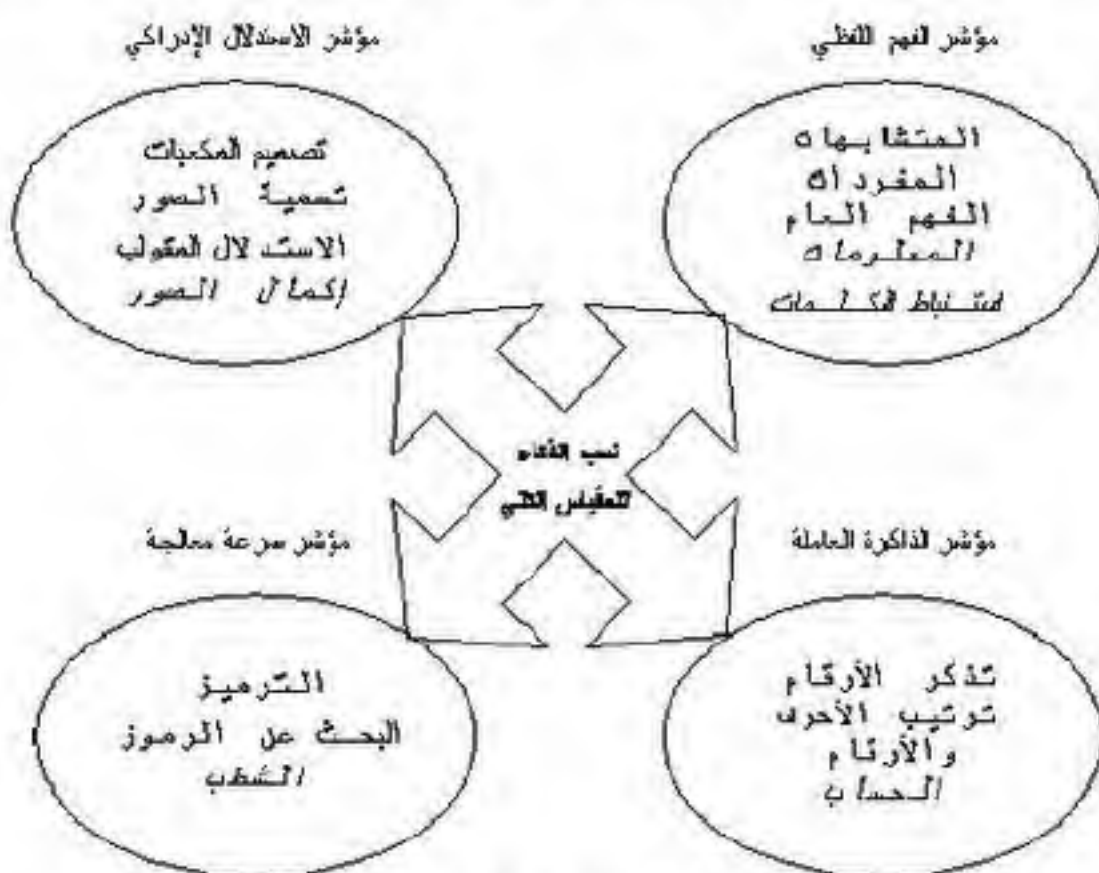
2 . يتكون مؤشر الاستدلال الإدراكي (Perceptual Reasoning Index - PRI) من اختبارات تصميم المكعبات وتسمية الصور والاستدلال المقولب ، بينما أصبح اختبار إكمال الصور اختباراً تكميلياً لهذا المؤشر . ويُستخدم مؤشر الاستدلال الإدراكي في

اختبارات وكسلر الأخرى ، إلا أن التركيز على سرعة الأداء والمهارات الحركية أصبح أقل عما كان عليه في الاختبارات الأخرى .

3 . يتكون مؤشر الذاكرة العاملة (Working Memory Index-WMI) من اختباري تذكر الأرقام وتتابع الحروف والأرقام ، ويُستخدم اختبار الحساب الآن كاختبار تكميلي لهذا المؤشر ، والذي يماثل النسخة الثالثة من الاختبار (Wechsler,1991) من حيث تحرره من مؤشر التششت (Distractibility Index) . كما أن هذا المؤشر يقيس قدرة الطفل على الاحتفاظ بالمعلومات في الوعي ، وعلى إجراء بعض العمليات ، والخروج بنتائج معينة (مثل إعادة الأرقام التي يذكرها الفاحص بشكل عكسي) .

4 . يتكون مؤشر سرعة معالجة المعلومات (Processing Speed Index -PSI) من اختباري الترميز والبحث عن الرموز ، إضافة إلى اختبار الشطب (Cancellation) كاختبار فرعي جديد تكميلي لهذا المؤشر . وهذا المؤشر -الذي ظهر أيضاً في الصورة الثالثة من الاختبار- يقيّم السرعة في معالجة المعلومات ، كما ويتضمن مهام زمنية .

الشكل 7-7 تنظيم النسخة الرابعة من مقياس وكسلر للأطفال (WISC-IV)



ملاحظة: الاختبارات التكميلية مكتوبة بالخط المائل

المصدر:

Wechsler Intelligence Scale for Children: Third Edition . Harcourt Assessment, Inc.

تم الحصول على البيانات المعيارية لمقياس وكسلر لذكاء الأطفال من عينة تقنين تكونت من 2200 حالة ، تمثل الأطفال في المجتمع الأميركي . وباستخدام بيانات مكتب تعداد السكان عام 2000 ، تم اختيار الحالات لتمثل الأطفال في الولايات المتحدة وفق العرق/الإثنية ، والمنطقة الجغرافية ، والمستوى التعليمي للوالدين . وقد احتوت العينة على 200 طفل (100 بنت و100 ولد) في كل فئة من الفئات العمرية الإحدى عشرة (من عمر 6 سنوات إلى 16 سنة) .

الثبات والصدق Reliability and Validity

لقد بين وكسلر (Wechsler,2003) أن معدل الثبات (عبر الفئات العمرية) بالتجزئة النصفية لمؤشر الفهم اللفظي ، ومؤشر الاستدلال الإدراكي ، ومؤشر الذاكرة العاملة ، ومؤشر سرعة معالجة المعلومات ، والدرجة الكلية لمقياس وكسلر للأطفال (WISC-IV) كانت 0.92 و 0.92 و 0.94 و 0.88 و 0.97 على التوالي . وقد تراوح معدل الثبات بالتجزئة النصفية للاختبارات الفرعية منفردة من 0.70 إلى 0.90 . وقد كانت درجات الثبات بإعادة الاختبار (بمعدل 32 يوماً بين التطبيقين) لثلاث مجموعات عمرية مختلفة ، مرتفعة بشكل كاف . أما بالنسبة للصدق ، فقد كانت معاملات الارتباط مرتفعة بين الدرجات على مقياس وكسلر للأطفال والدرجات على مقاييس أخرى للذكاء (مثل الصورة الثالثة من مقياس وكسلر) . إضافةً إلى ذلك ، فقد جاءت نتائج عدد من الدراسات التي تم فيها تطبيق مقياس وكسلر للأطفال (WISC-IV) على عدة مجموعات خاصة من الأطفال (مثل الأطفال الموهوبين ، والأطفال ذوي صعوبات التعلم ، والأطفال ذوي الصعوبات الحركية) منسجمة مع التوقعات بشكل عام ، وذلك مع الأخذ بعين الاعتبار نتائج الدراسات السابقة على هؤلاء الأطفال ، ومحتوى الاختبارات الفرعية ودلالاتها (Wechsler,2003) .

وأخيراً ، فقد أظهرت التحليلات العاملية الأولية أن هناك أربعة عوامل (تمثل المؤشرات الأربعة للمقياس) ، تفسر وجود تلك العلاقات ما بين الدرجات على الاختبارات الفرعية الخمسة عشر . وبالتالي ، تأتي هذه التحليلات كدعم للنموذج النظري ولتنظيم الصورة الرابعة من مقياس وكسلر لذكاء الأطفال (Wechsler,2003) .

الاستخدام الإكلينيكي لاختبارات الذكاء

The Clinical Use of Intelligence Tests

في الجزء السابق ، قمنا بوصف عددٍ من اختبارات الذكاء الأكثر شيوعاً واستخداماً . وقد أن الأوان للنظر عن قرب إلى كيفية استخدام مثل هذه الاختبارات في المواقف الإكلينيكية .

إن أكثر الاستخدامات وضوحاً لاختبار الذكاء هو استخدامه كوسيلة للتوصل إلى تقدير المستوى العام للذكاء المريض . فكثيراً ما يكون الهدف هو تحديد كم من الذكاء العام "g" يمتلك الفرد . وأحياناً يوضع السؤال بطريقة مختلفة بعض الشيء ؛ كأن نسأل على سبيل المثال : ما هي الإمكانيات العقلية المحتملة لدى الفرد؟ إن طرح السؤال بهذه الطريقة يشير إلى أن أداء الشخص قد لا يكون بالمستوى نفسه الذي تشير إليه إمكانياته . فقد تشكل الإمكانيات خطأ قاعدياً ، يمكن أن يتم قياس الإنجازات الحالية بناءً عليه ، مما يزودنا بمعلومات حول المستوى الحالي لأداء الفرد لوظائفه .

هنالك العديد من المخاطر والمغالطات التي تراكب عملية متابعة هذه الأهداف . وفيما يلي مثال على ذلك .

حالة هارولد

لقد تم إخضاع هارولد لتقييم روتيني قبل نقله إلى صف خاص بالطلبة المتفوقين في المرحلة الثانوية المتوسطة . وللمقاجة ، كانت درجته الكلية على مقياس وكسلر للأطفال (IV-WISC) تساوي 107 . وهي درجة تقع ضمن المدى المتوسط ، لكنها أقل من درجة القطع المطلوبة للقبول في ذلك الصف . كما أنها كانت أيضاً أقل من تقديرات معلميه المبينة على أدائه الصفي . إلا أن النظرة الفاحصة لدرجاته على المقاييس الفرعية تبين أن أدائه على اختبرتي تصميم المكعبات والترميز ، كان أقل بشكل دال من أدائه على بقية المقاييس الفرعية الأخرى . وقد كشفت مقابلة المتابعة مع هارولد عن أشياء كثيرة . فقد كان يعاني منذ طفولته الميكورة من ضعف عضلي في ذراعيه ويديه ، منه من القيام باستجابات حركية دقيقة وسريعة . وعلى أية حال ، فقد استطاع هارولد التعويض عن هذا بصورة ذكية ، وذلك لمنع الآخرين من التنبيه إلى مشكلته . فعلى سبيل المثال ، ما كان يبدو استجابة بطيئة متروكة ، بل ومرتبكة على اختبار تصميم المكعبات لم تكن كذلك أبداً . فقد كان هارولد يتظاهر بالارتباك ليخفي صعوبته في أداء الوظائف الحركية الدقيقة . وعليه ، فمن الواضح أن نسبة الذكاء التي حصل عليها تأثرت بشكل أكبر عما ينبغي بضعفه الحركي ، الذي لا علاقة له بقدرته على الأداء الذهني للوظائف .

هذا المثال ليس إلا قطرة من بحر . لكنه يشير إلى أن الحصول على نسبة ذكاء معينة لا يعد نهاية عمل الأخصائي الإكلينيكي ؛ فما هو إلا البداية ، إذ ينبغي تفسير نسبة الذكاء هذه . ومن خلال معرفة التاريخ التعليمي للمريض ، والملاحظات التي تؤخذ أثناء موقف الاختبار ، يمكننا بذلك فقط أن نضع تلك الدرجة في إطارها التفسيري الملائم ، وتقويمها بشكل كافٍ وفعال (Oakland&Glutting,1990) .

وكما أسلفنا ، هناك بيانات تحدد العلاقة بين الدرجات على اختبارات الذكاء والنجاح المدرسي (Neisser et al., 1996) . وبالمدى الذي يمكن للذكاء من خلاله أن يعكس القدرة على الأداء المدرسي الجيد بصورة منطقية ، يكون لدينا مبرر للقول إن اختبارات الذكاء قادرة على التنبؤ بالنجاح المدرسي . قد لا يرى الجميع أن الذكاء مساوٍ للاستعداد المدرسي ، إلا أن الحقيقة تبقى أن إحدى الوظائف الرئيسية لاختبارات الذكاء هي التنبؤ بالأداء المدرسي . ومع ذلك ، فعلى المرء أن يتذكر أن الذكاء والنجاح الدراسي لا يتطابقان من حيث المفهوم .

تقدير الأسلوب The Appraisal of Style

كما أشرنا ، ليس المهم فقط نجاح العميل أو فشله في فقرات معينة من الاختبار ، وإنما الطريقة التي يظهر فيها ذلك النجاح أو الفشل أيضاً . إن إحدى المميزات الأساسية لاختبارات الذكاء الفردية هي أنها تتيح لنا ملاحظة العميل أو المريض أثناء أدائه . ويمكن لمثل هذه الملاحظة أن تساعدنا كثيراً في تفسير نسبة ذكاء معينة . فعلى سبيل المثال ، هل كان أداء الطفل بأفضل صورته؟ هل كان لديه ميلٌ أو نزوع لتجنب الفشل؟ هل كان الطفل يجهد لحل معظم الفقرات ، أم أنه كان يجتازها بسهولة؟ هل كان الطفل قليل الحماس ، وهل يمكن أن يكون ذلك قد أثر على أدائه سلباً؟ إن مثل هذه الأسئلة والتفسيرات المنبثقة عنها من شأنها أن تبتّ الحياة في درجات الذكاء الخام ، وتعطيها أبعاداً أكثر ثراءً .

إن الأسئلة التالية المأخوذة من مقياس وكسلر للراشدين (WAIS-III) والاستجابات الافتراضية للمريض عليها ، ما هي إلا أمثلة على البيانات التي يمكن الحصول عليها ، والتي تتجاوز مجرد صحة استجابة ما أو خطئها .

سؤال : من الذي كتب رواية "الجنة المفقودة"؟ (اختبار المعلومات الفرعي) .

الجواب : شخصٌ كاثوليكي على الأرجح . ولكن ما أن بدأ البابا بتغيير بعض الأشياء ، حتى قاموا بتغيير عنوانها .

سؤال : ما هي ميزة الاحتفاظ بالنقود في البنك؟ (اختبار الفهم العام الفرعي) .

الجواب : لا توجد ميزة . هنالك الكثير من الخنثالين الأوغاد ، إلا أنهم سينالون ما يستحقون يوماً .

سؤال : فيم يتشابه الأسد والنمر؟ (اختبار التشابهات الفرعي) .

الجواب : حسناً ، الآن ، هذه قصة طويلة . هل يبدو أن متشابهين؟ لا يمكنهما أن يتزاوجا كما

تعلم! (1)

1 - هذه الفقرات المحاكية لفقرات الاختبار مقدمة من قبل المؤسسة النفسية وبموافقتها ، أما الإجابات فقد تم وضعها بناءً على استجابات على فقرات حقيقية .

هذا ويُقدّم بعض الأخصائيين الإكلينيكين ، وبصورة ملحوظة ، على تجاوز الاستدلالات المحدودة حول الشخصية -التي يمكن لها أن تضيف معانٍ لنسبة الذكاء- إلى حد وضع تشخيصاتهم للاضطرابات النفسية بناءً على نتائج مقاييس ستانفورد بينيه ووكسلر . حيث يسود الاعتقاد لديهم أن فحصهم لأنماطٍ من الدرجات (والتي تُعرف بالتشتت ما بين الاختبارات الفرعية (intertest scatter) يمكنهم من التوصل إلى تصنيفات تشخيصية للمرضى (مثل الفصام أو الاكتئاب) . وعلى أية حال ، لقد اتضح ، وبمرور الزمن ، أنه من النادر تكرار مثل هذه التفسيرات القائمة على التشتت البيني . وبالتالي ، ليس من الممكن التوصل إلى تشخيصات ثابتة وموثوقة بناءً على ملاحظة أنماط الأداء فقط (Piedmont, Sokolove, & Fleming, 1989) .

بعض الملاحظات والاستنتاجات الختامية

Some Final Observations and Conclusions

قمنا في الصفحات السابقة بمناقشة بعض تعريفات الذكاء ونظرياته ، كما قمنا بوصف بعض اختبارات الذكاء واستخداماتها . والآن يمكننا الخروج ببعض الاستنتاجات الختامية .

الذكاء كتجريد An Abstraction

ولأن الذكاء لا يدل على أن شخصاً ما سيقوم بالمستوى نفسه من الأداء في جميع المواقف ، فإننا نتحدث عن "الأداء الوظيفي الراهن" (present functioning) وليس عن إمكانات كامنة . وقد يرى كثيرون أن الذكاء -كالاتجاه- ليس شيئاً ، بل هو تجريدٌ يمكن الإكلينيكين من التنبؤ الدقيق بسلوكات معينة . فالإكلينيكي الذي يلاحظ أن الطالبة مولي تحصل على علامات "أ" في صفها ، وأن مدرّسها يقدّرونها بدرجة عالية ، وأنها تحل المشكلات بصورة أسرع من أندادها ، فسيستنتج على الأغلب أن مولي ذكية . ولكي يتوصّل إلى هذا الاستنتاج ، يكون الأخصائي الإكلينيكي قد قام باستخلاص وتجريد عنصر مشترك بين سلوكات مولي في المواقف المتعددة . ويمكنه الآن أن يستخدم هذا التجريد ليتنبأ بأن مولي ستنجح أيضاً في مواقف مستقبلية أخرى . وعلى أية حال ، وبغض النظر عن الفكرة القائلة إن الذكاء عبارة عن تجريد ، لا كيان موجود في منطقة معينة من الدماغ ، وبغض النظر عن صعوبات التمييز بين ما لا يمكن للأشخاص فعله وما يختارون ألا يفعلوه ، فإن معظم الأشخاص يميلون للاعتقاد بأن الذكاء "الحقيقي" موجود ، وأن اختبارات الذكاء هي أفضل وسيلة لتقييمه .

على مر السنين ، بينت الأبحاث دور العوامل الموقفية وتأثيرات الفاحص على فئات أكثر عرضة للتأثير ، مثل المرضى والأطفال اليافعين والأقليات (e.g., Masling, 1960; Sattler, 1970) . ويمكن لعمر الفاحص ووضعه الاجتماعي-الاقتصادي ومستوى احترافه ، بل وحتى مظهره ، أن يلعب دوراً مهماً ، تماماً كالدور الذي يمكن أن تلعبه صفات الشخص الذي يخضع للاختبار (Babad, 1975; Mann, & Mar-Hayim, 1975) . ويزعم بعض النقاد أيضاً أن الأطفال الأميركيين من أصل إفريقي يحصلون على درجات أقل من نسب الذكاء ، عندما يتم اختبارهم من قبل فاحصين من البيض (Sattler, 1970) . هذا ، وقد ظهرت أبحاث أخرى لم تكن نتائجها حاسمة بشأن هذه النقطة (Sattler Gwynne, 1982) . إذ أن توقعات الفاحص حول قدرات الشخص يمكن أن يكون لها أثرها أيضاً ، وهي ما تسمى أحياناً بالنبوءة المتحققة ذاتياً (self-fulfilling prophecy) (Rosenthal, 1966) . كما أن تدريب المفحوص وممارسته وحنكته وتمرسه في الاختبار ، قد تؤثر أيضاً على درجاته (Anastasi, 1988) .

على أية حال ، وكما يرى فلاغر (Flaughner, 1978) ، من الخطأ الاعتقاد بأن الاختبار غير المتحيز أو الخالي من التأثيرات الموقفية سينجم عنه تلقائياً المستوى نفسه من الأداء لكل المجموعات . فالطفل الذي نشأ في بيئة لا تُستخدم فيها اللغة الإنجليزية الصحيحة ، قد يواجه صعوبة في التعامل مع طبيعة اللغة ذات المستوى العالي في بعض اختبارات الذكاء . مثل هؤلاء الأطفال قد تتدنى درجاتهم على مثل هذه الاختبارات مقارنةً بالأطفال الآخرين . ومع أننا يجب أن نحذر من المبالغة في الاستدلال حول القدرة الأصلية بناءً على الدرجات ، تبقى حقيقة أن هذه الدرجات قد تعكس ما سيحدث لاحقاً في المدرسة . فالأطفال الأدنى من حيث القدرة اللفظية قد يحصلون على درجات أقل مثلما حصلوا على درجات أقل من نسب الذكاء ، وللأسباب نفسها . وكما يشير جرين (Green, 1978) ، فإن الفروق العرقية في متوسط الدرجات على هذه الاختبارات قد لا تعكس أثر تحيز الاختبار بقدر ما تعكس أثر وجود خلفيات ثقافية مختلفة . هذا ، وسيكون لدينا المزيد لنقوله حول مسألة تحيز الاختبار في الفصل الثامن (تقييم الشخصية) .

عمومية المقاييس مقابل تخصصها

Generality Versus Specificity of Measurements

في ضوء كل هذه التحذيرات والمواصفات والتنازلات ، قد يتساءل القارئ : لمَ يستخدم الأخصائيون الإكلينيكيون اختبارات الذكاء العامة أساساً؟ ومن عدة نواحٍ ، يمكن اختزال هذا السؤال

إلى مسألة الكلفة والجدوى . فإذا كان المرء مضغوطاً من حيث الوقت ، أو كانت عملية التشخيص لا تدور حول مسألة عقلية بالتحديد ، عندها من الأرجح أن يُنصَح الفرد إما بحذف الاختبارات العامة ، أو باستخدام صور مختصرة لها .

على أية حال ، من المهم أن ندرك بدقة ما يمكن أن يفعله أو يقدمه اختبار عام للقدرات العقلية ، مثل ستانفورد بينيه ووكسلر . فمثل هذه الاختبارات يمكنها أن تزودنا بمؤشر عام للأداء العقلي ، عبر مدى من المواقف المختلفة . ولأن نسبة الذكاء بشكل أساسي عبارة عن مؤشر عام ، فهي قد تتنبأ بصورة جيدة بالعديد من المواقف المختلفة التي تعتمد على المهارات العقلية . ومع ذلك فإنها قد لا تتنبأ بموقف محدد بمستوى كافٍ أو مقبول . وبالتالي ، فإذا كان الهدف هو مجرد التنبؤ بالنجاح المدرسي في الموقف "س" ، عندها قد يكون من الأفضل أن يستخدم الفرد مقياساً محدداً بدلاً من مقياس ووكسلر للذكاء ، أو على الأقل ، أن يستخدم صيغة من مقياس ووكسلر تحتوي اختبارات الفرعية على عناصر مُشابهة للأداء الذي يأمل الفرد بالتنبؤ به . على أية حال ، عادةً ما يحتاج الإكلينيكي إلى أسس لانتقاء البدائل العلاجية أو الإكلينيكية . وبوجود الإجراءات المقننة ، يستطيع الأخصائي الإكلينيكي أن يقارن أداء المريض بأداء أشخاصٍ مشابهين له في الموقف نفسه .

ملخص الفصل Chapter Summary

إن لقياس الذكاء تاريخٌ طويل في علم النفس الإكلينيكي . ولقد كان لكلٍ من التعليم الإلزامي ، وقدرة الأخصائيين الإكلينيكين على قياس القدرات العقلية ، أثرهما في تطوير هذا الميدان ونجاحه . ولكن مع نهاية ستينيات القرن العشرين ، بدأت تظهر تحدياتٌ تتعلق بصدق هذه الاختبارات . وحتى يومنا هذا ، ما يزال هناك كثيرٌ من الجدل حول طريقة تعريف الذكاء وكيفية قياسه . ويبدو أن علم النفس المعاصر يؤمن بمفهومَي العامل العام للذكاء "g" والقدرات الخاصة التي تكمن وراء معامل الذكاء العام . كما لوحظ أن درجات الذكاء ترتبط بكلٍ من النجاح المدرسي ، والوضع المهني ، والأداء الوظيفي . إضافةً إلى ذلك ، فقد وُجدت فروقٌ جماعية في الدرجات على اختبارات الذكاء بين الذكور والإناث ، وكذلك بين المجموعات الإثنية/العرقية . وبالرغم من أن درجات الذكاء تتأثر بالعوامل الجينية ، إلا أن البيئة تلعب بعض الدور في تطوُّر الذكاء . كما أن درجات الذكاء لدى البالغين أكثر استقراراً منها لدى الأطفال .

لقد قمنا بمناقشة ثلاثة من اختبارات الذكاء المستخدمة اليوم . إذ تُستخدم الصورة الرابعة من اختبار ستانفورد-بينيه في تقييم الأطفال والمراهقين والراشدين ، وتُستخدم الصورة الثالثة من مقياس وكسلر لذكاء الراشدين في تقييم المراهقين والراشدين ، وتُستخدم الصورة الرابعة من مقياس وكسلر لذكاء الأطفال لتقييم الأطفال . أما نتائج اختبارات الذكاء ، فتُستخدم من أجل تقدير المستوى الكلي للذكاء العام ، إضافةً إلى القدرات المعرفية الخاصة . ويتيح هذا التعدد للأخصائي الإكلينيكي أن يستعمل درجات اختبارات الذكاء في العديد من المهام التنبؤية .

المصطلحات:

- **الوراثة السلوكية (behavioral genetics) :** ميدان من ميادين البحث ، يعمل على تقييم أثر كل من العوامل الجينية والبيئية على تطور السلوك .
- **العمر الزمني (chronological age) :** ما نشير إليه عادةً بالعمر ، أو سنوات الحياة .
- **نسبة الاتفاق أو مؤشر التشابه (concordance rate or similarity index) :** دليل أو مؤشر للتشابه بين الأفراد . وأبسط أشكال نسب الاتفاق هي النسبة المئوية من الحالات التي يُبدي فيها شخصان سلوكاتٍ أو خصائص متشابهة .
- **الصدق التلازمي (concurrent validity) :** مدى ارتباط درجات الاختبار بمجموعة من الدرجات على مقاييس أخرى ذات علاقة ، طبقت في الوقت نفسه .
- **صدق البناء أو المفهوم (construct validity) :** مدى ارتباط درجات الاختبار بمقاييس أو سلوكات أخرى ، بطريقة منطقية ومتسقة نظرياً . ويتطلب صدق البناء إثبات سائر أنواع الصدق الأخرى .
- **صدق المحتوى (content validity) :** الدرجة التي تقيس بها فقرات الاختبار جميع جوانب المفهوم المطلوب .
- **القدرة المتبلورة (crystallized ability) :** أحد العاملين الأساسيين للذكاء ، واللذين قدّمهما كاتيل . وتشير القدرة المتبلورة إلى القدرات العقلية التي يتم الحصول عليها نتيجة التعلم الثقافي .
- **انحراف نسبة الذكاء (deviation IQ) :** مفهوم أتى به وكسلر لحل المشكلات التي تمت ملاحظتها عند تطبيق نسبة الذكاء على الأشخاص الأكبر سناً . إذ تتم مقارنة أداء الأفراد على اختبار لنسبة الذكاء بأداء أندادهم .
- **التوائم من بويضتين مختلفتين (dizygotic (DZ) twins) :** الأخوان التوأمان غير المتطابقين ، أو التوائم الذين يشتركون في 50% من مكوناتهم الجينية .

- ثبات الصور المتكافئة أو المترادفة (equivalent-forms reliability) : مدى تشابه درجات الفرد على نموذجين متكافئين أو متوازيين للاختبار نفسه .
- القدرة السائلة أو السلسة (fluid ability) : أحد العاملين الأساسيين للذكاء والذين قدمهما كاتيل . وتشير القدرة السائلة إلى القدرات العقلية ذات الأصل الجيني .
- معامل (g) : المصطلح الذي قدمه تشارلز سبيرمان في وصفه لمفهومه حول الذكاء العام .
- النمط الجيني (genotype) : المكوّن الجيني للفرد .
- درجات المؤشر (index scores) : الدرجات التي ترتبط بعوامل القدرة الأساسية ، والتي تكمن وراء تلك الدرجات التي يتم الحصول عليها من الاختبارات الفرعية لمقياس وكسلر للراشدين (III-WAIS) (وهي : الفهم اللفظي ، تنظيم الإدراك ، الذاكرة العاملة ، وسرعة معالجة المعلومات) .
- الذكاء (intelligence) : لا يوجد تعريف مقبول عالمياً للذكاء . على أية حال ، فالعديد من تعريفات الذكاء يركز على القدرة على التفكير المجرد ، القدرة على التعلم ، والقدرة على التكيف مع البيئة .
- نسبة الذكاء (IQ-The Intelligence Quotient) : مصطلح طوّره ستيرن عام 1938 ، لحل عدد من المشكلات التي ظهرت نتيجة استخدام الفرق ما بين العمر الزمني والعمر العقلي في التعبير عن الانحراف . وعادةً ما يتم اللجوء إلى انحراف نسبة الذكاء .
- الثبات بالاتساق الداخلي (internal consistency reliability) : مدى الترابط بين فقرات اختبار معين (والذي غالباً ما يتم قياسه من خلال حساب معامل كرونباخ ألفا) .
- الثبات بين المقيمين أو المحكمين (interrater (or interjudge) reliability) : مستوى الاتفاق بين اثنين أو أكثر من المقيمين أو المحكمين الذين يقيّمون الفرد نفسه بشكل مستقل . ويمكن أن يشير الاتفاق إلى الاتساق بين السلوكيات أو الخصائص .
- العمر العقلي (mental age) : مُصطلح وضعه بينيه كمؤشر للأداء العقلي . وجاءت فكرته من منطلق الافتراض بأن الأفراد في عمر معين ينبغي عليهم التمكن من قدرات معينة .
- التوائم من بويضة واحدة (monozygotic (MZ) twins) : التوائم المتطابقة ، أو النوائم الذين يشتركون في 100٪ من مكوناتهم الجينية .
- النمط الظاهري (phenotype) : الخصائص التي يمكن ملاحظتها لدى الفرد . والنمط الظاهري هو نتيجة لكل من النمط الجيني والبيئة .
- الصدق التنبؤي (predictive validity) : مدى ارتباط الدرجات على اختبار ما بالدرجات على مقياس أخرى ذات علاقة ، يتم تطبيقها في وقت ما مستقبلاً .

■ القدرات العقلية الأولية (Primary Mental Abilities) : سبعة عوامل ، وصفها ثيرستون بناءً على أعماله في مجال التحليل العاملي ، وهذه القدرات هي : العددية ، الطلاقة اللغوية ، المعاني اللفظية ، سرعة الإدراك ، المكان ، المحاكاة العقلية ، والذاكرة .

■ الفقرات العكسية (reversal items) : خاصية لعدد من الاختبارات الفرعية في مقياس وكسلر للراشدين (III-WAIS) ، تتيح للفاحص تحديد مستوى قدرة المفحوص دون الحاجة إلى تقديم فقرات أدنى كثيراً من مستوى قدراته .

■ الثبات بالتجزئة النصفية (split-half reliability) : المدى الذي تتشابه فيه درجات الفرد على أحد نصفي الاختبار (مثل الفقرات ذات الأرقام الزوجية) مع درجاته على النصف الآخر (مثل الفقرات ذات الأرقام الفردية) .

■ ثبات درجات نسبة الذكاء (stability of IQ scores) : التشابه في درجات الذكاء التي تم قياسها على عدة فترات زمنية . وبناءً على ارتباطات الاختبار وإعادة تطبيقه ، فإن درجات الذكاء تميل إلى أن تكون أقل ثباتاً لدى الأطفال اليافعين مقارنة بالراشدين .

■ الصورة الرابعة من ستانفورد-بينيه (Stanford-Binet Fourth Edition-SB-4) : اختبار للذكاء ، مبني على نموذج هرمي للذكاء . ويتكون الاختبار من أربعة أنواع عامة من الفقرات (الاستدلال اللفظي ، الاستدلال الكمي ، الاستدلال المجرد/البصري ، الذاكرة قصيرة الأمد) ، كل منها يشتمل على عدة اختبارات فرعية .

■ نموذج بنية الذكاء (Structure of intellect model -SOI) : نموذج قدمه جيلفورد ، وهو يؤكد على إمكانية ترتيب عناصر الذكاء وفق ثلاثة أبعاد : العمليات (مثل الذاكرة) ، والمحتويات (مثل الرمزية) ، والمنتجات (مثل العلاقات) . ووفقاً لنموذج جيلفورد هذا ، يتم تطبيق عملية عقلية محددة على مؤشر معين ، فينتج عنه منتج معين .

■ نظرية الذكاء المتعدد (theory of multiple intelligences) : نظرية قدمها جاردنر تشير إلى وجود ستة أنواع من الذكاء : اللغوي ، الموسيقي ، المنطقي الرياضي ، المكاني ، الحركي الجسدي ، والشخصي .

■ ثبات إعادة الاختبار (test-retest reliability) : مدى قيام المرء بالاستجابات نفسها لمثيرات الاختبار نفسها في مناسبات مختلفة .

■ النظرية الثلاثية للذكاء (triarchic theory of intelligence) : نظرية أتى بها ستيرنبرج ، وهي تزعم أن الأشخاص يقومون بوظائفهم بناءً على ثلاثة نواح للذكاء : التركيبي (يشير إلى التفكير التحليلي) ، الخبروي (التفكير الإبداعي) ، والسياتي ("ذكاء الشارع" ، أو قدرة المرء على التفاعل مع بيئته بنجاح) .

■ التوائم الذين يُربَّون مفترقين (twins reared apart) : التوائم المتطابقون أو غير المتطابقين الذين تم فصلهم عن بعضهم بعضاً بعد ولادتهم بفترة قصيرة ؛ ومثل هؤلاء الأطفال يشتركون بالمادة الجينية ، ولكن ليس بالمؤثرات البيئية .

■ التوائم الذين يُربَّون معاً (twins reared together) : التوائم المتطابقون أو غير المتطابقين الذين يعيشون في بيئة أسرية واحدة ؛ ومثل هؤلاء الأطفال يشتركون في المادة الجينية والمؤثرات البيئية . ويمكن أن تساعد نسب الاتفاق بين التوائم الذين يُربَّون مفترقين والذين يُربَّون معاً على تمييز المؤثرات الجينية والبيئية في سلوك معين أو خاصية محددة .

■ الصدق (validity) : المدى الذي يمكن لإحدى التقنيات القياسية من خلاله أن تقيس ما يُفترض بها قياسه . وهناك عدة أنواع من الصدق .

■ الصورة الثالثة من مقياس وكسلر لذكاء الراشدين (Wechsler Adult Intelligence Scale - Third Edition - WAIS-III) : اختبار لقياس ذكاء الراشدين ، يتكون من مقياس لفظي ومقياس أدائي ، يحتوي كل منهما على عدة اختبارات فرعية . ومحصلة هذا الاختبار هي : درجات نسبة الذكاء اللفظي ، ونسبة الذكاء الأدائي ، ونسبة الذكاء الكلي ، بالإضافة إلى درجات المؤشر .

■ الصورة الرابعة من مقياس وكسلر لذكاء الأطفال (Wechsler Intelligence Scale for Children, Fourth Edition - WISC-IV) : اختبار للذكاء ، تم تصميمه للأطفال من عمر 6 سنوات إلى 16 سنة . وتشمل الدرجات التي يتم الحصول عليها من هذا الاختبار كلاً من : مؤشر الفهم اللغوي ، مؤشر الاستدلال الإدراكي ، مؤشر الذاكرة العاملة ، مؤشر سرعة معالجة المعلومات ، ونسبة الذكاء الكلي .

الفصل الثامن

تقييم الشخصية

Personality Assessment

- 1- ما هي إيجابيات الاختبارات الموضوعية ، وما هي سلبياتها؟
- 2- ما هي الاستراتيجيات الأساسية في بناء الاختبارات؟ صف كلاً منها باختصار.
- 3- ما هي أوجه الشبه والاختلاف بين المقاييس الموضوعية والإسقاطية؟
- 4- لماذا يصعب تقييم صدق المقاييس الإسقاطية وثباتها؟
- 5- ما الذي يشكل -أو لا يشكل- دليلاً على تحيز الاختبار؟

محتويات الفصل:

- الاختبارات الموضوعية .
- الاختبارات الإسقاطية .
- الارتباط الوهمي .
- الصدق التزائدي للاختبار وفائدته .
- استخدام الاختبارات وسوء استخدامها .
- ملخص الفصل .

على مدى سنوات طويلة ، ساد شعورٌ بالرتاء للحالة التي وصلت إليها الاختبارات النفسية ، حتى بدا وكأن أحداً لم يعد يستخدم هذه الاختبارات ثانية . ويزعم العديد من الأكاديميين أن الاختبارات بشكل عام -والاختبارات الإسقاطية بشكل خاص- لا تنسم بالصدق . وربما باستثناء اختبار مينيسوتا (MMPI-2) ، فإنهم يعتبرون الاختبارات الموضوعية شيئاً قد عفا عليه الزمن . وينصح آخرون بأن المراجع العلمية -مثل كتابنا هذا- ينبغي أن تقلل من تغطيتها لتلك المسائل المتعلقة بتقييم الشخصية . إلا أن ثمة عيباً واحداً فقط في هذه الادعاءات والنصائح ؛ هو أنها لا تعكس العالم الحقيقي للممارسة الإكلينيكية . ففي الواقع ، ما يزال التقييم النفسي نشاطاً مهماً بالنسبة للممارسين الإكلينكيين (انظر مثلاً كتاب بوتشر Butcher, 1995a) . إذ تؤكد نتائج الاستفتاءات الموجهة للأخصائيين الإكلينكيين على أن الاختبارات الإسقاطية ، ومقاييس وكسلر ، واختبار مينيسوتا متعدد الأوجه للشخصية ، كلها ما تزال تحظى بشهرة واسعة ، وبأن الإكلينكيين يعتمدون على الاختبارات النفسية فعلاً (Watkins, Campbell, Nieberding, & Hallmark, 1995) . وكما سنرى لاحقاً في هذا الكتاب ، يبدو أن حركة الاختبارات في بعض المجالات المختصة -مثل علم النفس القضائي ، وعلم نفس الأطفال ، والتقييم النفسي العصبي ، وعلم النفس الصحي- تشهد تنامياً كبيراً . وحتى في حالة الاختبارات الإسقاطية (وهي "كبش الفداء" المفضل للعديد من من يدعون أن ميدان الاختبارات أخذ بالاحضار) ، فإن استخدامها ما يزال يتخذ مساراً قوياً . إضافة إلى ذلك ، وبالرغم من تشكيك أقسام علم النفس الإكلينيكي بجدارة التقنيات الإسقاطية ، فما تزال حوالي 70 إلى 85٪ من برامج علم النفس الإكلينيكي تدرس مساقات تدور حول هذه التقنيات وتطبيقها (Belter & Piotrowski, 2001) .

إذن ، ربما تكون هناك بعض المبالغة في التقارير القائلة بزوال التقييم الإكلينيكي (Exner, 1995) . ويعطينا الجدول 8-1 فكرة حول أنواع الاختبارات النفسية المستخدمة اليوم ، ومدى تكرار استخدامها . ويمثل هذا الجدول ، وبالترتيب ، الإجراءات العشرين الأكثر استخداماً لدى عينة تم اختيارها عشوائياً من الأخصائيين الإكلينكيين (Watkins et al., 1995) .

على أية حال ، هناك اعتبارات أخرى مهمة عدا مسألة تكرار الاستخدام ، إذ ينبغي أن تحقق مقاييس تقييم الشخصية مستويات عالية من الثبات والصدق ، لكي تكون مفيدة بالفعل للأخصائيين الإكلينكيين . إن التاريخ الطويل من الاستخدام غير الناقد والأعمى نسبياً لمقاييس معينة للشخصية أمرٌ لا يُبرر استخدامها اليوم . وبالتالي ، ففي هذا الفصل ، لن نقوم بوصف بعض من أكثر مقاييس الشخصية (الموضوعية والإسقاطية) شيوعاً فحسب ، بل سنقوم بالتقييم الناقد

لخصائصها السيكومترية أيضاً . تبقى هنا مسألة أخرى مهمة ، وذات علاقة باستخدام هذه المقاييس ، وهي تختص بالمساءلة (Wood, Grab, Lilienfeld, & Nezworski, 2002) . ففي عصر تنتشر فيه الإدارة المؤسسية لشؤون الرعاية الصحية ، وتزايد فيه رقابة المجتمع على هذه المهنة ، فإن تقييماتنا يجب أن تبرهن على فائدتها الإكلينيكية ومتانتها العلمية ، وعلى فعاليتها وجدواها ، ونزاهتها أيضاً .

الجدول 8-1 إجراءات التقييم العشرون الأكثر استخداماً من قبل الأخصائيين الإكلينيكين

| الاختبار أو الإجراء | نسبة الأخصائيين الإكلينيكين |
|---|-----------------------------|
| المقابلة الإكلينيكية | 95 |
| مقياس وكسلر لذكاء الراشدين المعدل (WAIS-R) | 93 |
| اختبار مينيسوتا متعدد الأوجه للشخصية-2 (MMPI-2) | 85 |
| أساليب إكمال الجمل | 84 |
| اختبار تفهم الموضوع (TAT) | 82 |
| رورشاخ | 82 |
| بندر-جشطلت | 80 |
| الرسم الإسقاطي | 80 |
| قائمة بيك للاكتئاب | 71 |
| مقياس وكسلر لذكاء الأطفال-الطبعة الثالثة (WISC-III) | 69 |
| اختبار الإنجاز الشامل المعدل (WRAT-R) | 68 |
| مقياس وكسلر للذاكرة المعدل | 65 |
| اختبار بيبودي للمفردات والصور المعدل (PPVT-R) | 50 |
| قائمة ميلون متعددة المحاور-2 (MCMI-II) | 49 |
| مقياس وكسلر لمقياس ذكاء أطفال ما قبل المدرسة المعدل (WPPSI-R) | 44 |
| اختبار تفهم الأطفال | 42 |
| مقياس فينلانند للتضج الاجتماعي | 42 |
| قائمة ميلون لشخصية المراهق | 40 |
| قائمة سترونج للميول | 39 |
| مقياس ستانفورد بينيه للذكاء | 38 |

ملاحظة : نسبة الأخصائيين الإكلينيكين هنا هي نسبة الذين أقرروا باستخدامهم لهذه الاختبارات أو الإجراءات "في بعض المناسبات" على الأقل .

المصدر : مقتبس من واتكنز وزملائه (Watkins et al., 1995) الجدول 4 ، ص . 57 .

نبدأ مسحنا لتقييم الشخصية بدراسة الاختبارات الموضوعية . وتتضمن مقاييس الشخصية الموضوعية (objective personality measures) تطبيق مجموعة معيارية من الأسئلة أو العبارات التي يُجيب عليها المفحوص باستخدام مجموعة محددة من الخيارات . وتستخدم معظم اختبارات الشخصية أسلوب "صح/خطأ" أو "نعم/لا" في الاستجابة ؛ بينما تستخدم اختبارات أخرى مقياساً بُعدياً (مثل : 0 = لا أوافق بشدة ، 1 = لا أوافق ، 2 = محايد ، 3 = أوافق ، 4 = أوافق بشدة) . ومثلما أن الاختبارات الموضوعية لها إيجابياتها ، فإن لها سلبياتها أيضاً .

الإيجابيات Advantages

إن لاختبارات الشخصية الموضوعية أو قوائم التقرير الذاتي دورها الحاسم في تطوّر علم النفس الإكلينيكي (Goldberg, 1971; Watson, 1959) . ويُعزى الدور التاريخي المهم لقوائم الشخصية - إضافة إلى مكائنها الحالية - بشكل كبير إلى إيجابياتها الواضحة . فهي أولاً ، وقبل كل شيء ، تتسم بأنها اقتصادية ، وأن تعليماتها بسيطة وموجزة ، بحيث يمكن اختبار مجموعات كبيرة من الأفراد في آن واحد ، كما يمكن للمريض الواحد أن يُنجز القائمة وحده . إضافة لذلك ، فإن تصحيحها وتفسيرها أصبح ممكناً بواسطة الحاسوب . ثانياً ، يُعتبر التصحيح والتطبيق هنا بسيطاً وموضوعياً نسبياً ، وهذا بدوره يجعل التفسير أكثر سهولة ، ويتطلب من الأخصائي مهارات أقل . كما يمكن غالباً استخدام درجة بسيطة على بعد واحد (مثل : الوظيفي - العجز الوظيفي) أو على سمة واحدة (مثل الاعتمادية أو السيكوباتية) . ولعل هذه البساطة الواضحة تعتبر مصدر جذب للعديد من الإكلينيكين . ولكن ، وكما سنرى ، من النادر أن يبلغ مثل هذا التفسير البسيط مستوى الصدق المنسوب إليه . وفي الحقيقة ، يمكن لهذه البساطة أن تؤدي في كثير من الأحيان إلى سوء الاستخدام بشكل واسع من قبل مختصين غير متمرسين . أما الأمر الجذاب الأخير الذي تمتاز به قوائم التقرير الذاتي ، وخاصة بالنسبة للإكلينيكين غير المبهورين بالاختبارات الإسقاطية ، فهو موضوعية هذه الاختبارات وثباتها .

وبالطبع ، وكما هو الأمر عادةً ، فأتناء تحقيقه لتلك الإيجابيات السابقة والميزات الاقتصادية ، يكون علم النفس الإكلينيكي في الواقع قد قاىض مجموعة من المشكلات بأخرى . وسواء أكان الاستبدال ذا جدوى أم لا ، فهو أمرٌ يخضع في النهاية لقيم المرء وتوجهاته النظرية .

السلبيات Disadvantages

عادةً ما تكون الفقرات التي تتكون منها العديد من القوائم ذات طبيعة سلوكية . أي أن الأسئلة أو العبارات المتضمنة فيها تُعنى بالسلوك الذي قد يكون (أو لا يكون) خاصية موجودة لدى

المستجيب . فالقوائم التي تُعنى بتحديد الدوافع أو الديناميات قد لا تُحقق من خلال هذه الفقرات إلا قدرًا يسيرًا من الفهم . فعلى سبيل المثال ، بالرغم من احتمال موافقة شخصين على الفقرة السلوكية نفسها ("لديّ مشكلات في الخلود إلى النوم") ، إلا أن ذلك قد يكون لأسباب مختلفة كلياً . وبالطبع ، بالنسبة للإكلينيكيين الذين لا يهتمون كثيراً بالمتغيرات الوسيطة ، مثل الدوافع أو المدركات ، فإن هذا الأمر يعدّ ميزةً لا عيباً .

إن بعض القوائم تحتوي على مزيج من الفقرات التي تتناول السلوكيات والمدركات والحاجات . إلا أنها عادةً ما تزودنا بدرجة كلية واحدة ، قد تعكس مجموعات مختلفة من هذه السلوكيات والمدركات والحاجات . وبالتالي ، قد يتشابه شخصان من حيث الدرجة الكلية ، ولكنهما في الواقع قد يكونان مختلفين تماماً ، حتى على مستوى سمات الشخصية أو أبنيتها موضوع الدراسة . لذا ، فالدرجة الواحدة على مقياس ما قد تكون لها عدة تفسيرات بديلة .

ومن الصعوبات الأخرى ما يتعلق بشفافية المعنى في بعض فقرات القوائم ، والتي من شأنها أن تسمح لبعض المرضى بتزييف الإجابات . كما تميل بعض الاختبارات إلى الاعتماد بقوة على معرفة المريض بذاته . إضافةً إلى ذلك ، فإن منحى الاختبار الإجباري من عدة بدائل من شأنه أن يمنع الأفراد من توصيف استجاباتهم أو التوسع فيها ، مما يفقدنا بعض المعلومات الإضافية ، أو يؤدي إلى تحريفها . وفي أحيان أخرى ، فإن الفهم المحدود ، أو حتى القدرة المحدودة على القراءة ، قد تقود بعض المستجيبين إلى إساءة تفسير السؤال (إساءة التفسير لا تُعزى بالضرورة إلى محددات في الشخصية) ، أو إلى الإجابة على الأسئلة بطريقة عشوائية .

أساليب بناء الاختبارات الموضوعية

Methods of Construction for Objective Tests

الآن ، وبعد فهمنا لإيجابيات الاختبارات الموضوعية وسلبياتها ، فمن المفيد أن نحول اهتمامنا إلى الطرق المختلفة التي استخدمت في بناء هذه الاختبارات وتطويرها . فقد تم تبني العديد من الطرق والأساليب في بناء هذه القوائم على مر السنين .

صدق المحتوى Content Validation

إن أكثر المناحي المباشرة في القياس هي أن يقرر الأخصائي الإكلينيكي ما يرغب بتقييمه ، ومن ثم يقوم بكل بساطة بسؤال المريض عن تلك المعلومة . فعلى سبيل المثال ، استخدمت صفحة وودوورث للبيانات الشخصية في الحرب العالمية الأولى ، كنوعٍ من المقابلة الطبية النفسية المقننة .

كما تم تحديد محتواها من خلال مسح طبي نفسي ، بقصد التعرف على المظاهر الأساسية لـ "الذهان" و "العُصاب" ، ثم وُضعت الفقرات التي يمكنها الكشف عن هذه المظاهر . ولاحقاً ، إذا ما تم تمثيل صفات الذهان أو العُصاب (كما تم تعريفها في أدبيات الطب النفسي) بشكل ملائم ، ينبغي عندها افتراض صدق الاختبار . فالفقرات : "هل تنام جيداً في الليل؟" أو "هل تغضب بسرعة؟" أو "هل من السهل أن تشعر بالإهانة؟" ، يمكن اعتبارها فقرات جيدة لقياس عدم التكيف إذا ارتبطت بما يعتبره الرأي السائد في الطب النفسي سوءاً في التكيف .

على أية حال ، إن ضمان صدق المحتوى يتضمن أكثر من مجرد تحديد ما تريد قياسه ، ومن ثم وضع فقرات يبدو أنها ستقوم بهذه المهمة . فالأساليب الأكثر دقة في التحقق من صدق المحتوى تتضمن : (أ) تعريف سائر النواحي المتعلقة بالمتغير المنوي قياسه بحرص ، (ب) استشارة الخبراء قبل وضع الفقرات ، (ج) اللجوء إلى المحكمين من أجل تقييم مدى ارتباط كل فقرة من هذه الفقرات بالمتغير قيد الاهتمام ، و(د) استخدام التحليل السيكمي لتقييم كل فقرة قبل وضعها في المقياس (Haynes, Richard.&Kubany, 1995; Nunnally&Bernstein,1994) .

على أية حال ، وكما لاحظ ويجنز (Wiggins,1973) ، ثمة مشكلات محتملة ، قد تلازم منحى صدق المحتوى في بناء الاختبار . أولاً ، هل يمكن للإكلينيكيين أن يفترضوا أن كل المرضى سيفسرون فقرة ما بالطريقة نفسها؟ ثانياً ، هل يمكن للمرضى أن يصفوا سلوكياتهم أو مشاعرهم الخاصة بدقة؟ ثالثاً ، هل سيكون المرضى صادقين ، أم أنهم سيحاولون الظهور بصورة إيجابية (أو حتى بصورة سلبية أحياناً)؟ رابعاً ، هل يمكن للإكلينيكيين الافتراض أن بإمكانهم الاعتماد على "الخبراء" في تعريفهم لجوهر تلك المفاهيم التي يحاولون قياسها؟ تبدو معظم هذه الأمور مشكلات عامة تواجه غالبية القوائم ، بغض النظر عما إذا كانت تعتمد على المحتوى في إثبات صدقها كمقاييس .

الترميز بمحك تجريبي Empirical Criterion Keying

في محاولة لمعالجة الصعوبات السابقة ، تم تطوير منحى الترميز بمحك تجريبي . وأبرز مثال على هذا التوجه هو اختبار مينيسوتا متعدد الأوجه (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-MMPI) الأصلي . ففي هذا المنحى ، ليست هناك افتراضات حول ما إذا كان المريض صادقاً ، أو ما إذا كانت الاستجابة ترتبط فعلاً بالسلوك أو المشاعر ، أم لا . فالمهم هو قيام مرضى من فئة محددة بوصف أنفسهم بطرق معينة . وكما بين ميهل (Meehl,1945) : "وعليه ، إذا قال شخص ما يتوهم المرض بأنه يعاني من "آلام متكررة في الرأس" ، فالحقيقة التي تهمنا هي قوله ذلك" (ص 9) .

والافتراض المهم الذي يقوم عليه هذا المنحى هو أن الأفراد من فئات تشخيصية معينة ، يميلون إلى الاستجابة بالطريقة نفسها . وبالتالي ، ليس من الضروري انتقاء فقرات الاختبار بأسلوب عقلاني نظري . فكل المطلوب هو أن يُظهر -وعلى أسس تجريبية- أن الأفراد من فئة تشخيصية ما ، يستجيبون لفقرة معينة بالطريقة عينها . فمثلاً ، مقارنةً بمجموعة غير إكلينيكية ، إذا وجدنا أن معظم الأشخاص الذين تم تشخيصهم بالسيكوباتية يجيبون بـ "نعم" على الفقرة : "نشأت في منزل له ثلاث درجات تؤدي للشرفة الأمامية" ، إذن فإن هذه الفقرة ستكون جيدة إذا أيدها أفراد المجموعة السيكوباتية . وهكذا ، وبغض النظر عن المحتوى الظاهري للفقرة ، فإن الاستجابات على الاختبار تصبح "علامة" على الوضع التشخيصي للفرد . وبالتالي ، تتحدد صلاحية فقرة ما فقط بمدى تمييزها بين فئات معروفة من الأفراد . وليس ضرورياً أن تكون الاستجابة على الاختبار "عينة" من السلوك ، وذلك لأن محتوى الفقرة قد لا يرتبط مباشرة بالأعراض التي تصف أفراد تلك المجموعة التشخيصية .

بالطبع ، فإن أسلوب الترميز بمحك تجريبي له مشكلاته ؛ وأبرزها صعوبة تفسير معنى الدرجة . فلنفترض مثلاً أن بعض المرضى الذين تم تشخيصهم بالفصام بصدد الإجابة عن فقرات تهدف إلى تحديد موقعهم على مستقيم متصل يقبس التكيف -سوء التكيف . ولنفترض أيضاً أن معظم هؤلاء المرضى حدث أن جاؤوا من أسر أقل تعليماً من بقية المشاركين في مجموعة المقارنة . هنا ، عندما يؤيد الفصاميون فقرة : "لم أقرأ أي كتاب تقريباً" ، فإن ذلك قد يعكس خلفيتهم التعليمية الفقيرة ، وليس اضطرابهم النفسي . ومع أن إثبات قدرة الاختبار على التمييز بين المجموعات المرضية المختلفة هو أحد أوجه بيان صدق الاختبار ، إلا أن استخدام هذا الأسلوب بمفرده أمر لا يُنصح به (Clark&Watson,1995) .

التحليل العاملي Factor Analysis

في أيامنا هذه ، يميل معظم المهتمين بتطوير الاختبارات إلى استخدام منحى التحليل العاملي (أو الاتساق الداخلي) في بنائهم للاختبارات (Clark&Watson,1995; Floyd&Widaman, 1995; Reise, Waller,&Comrey,2000) . وتعدّ قوائم جيلفورد (Guilford,2000) أمثلةً تاريخيةً ممتازةً على منحى التحليل العاملي . والفكرة هنا هي فحص الارتباطات الداخلية ما بين الفقرات الفردية المستمدة من العديد من قوائم الشخصية الموجودة بالفعل . فالتحليل العاملي اللاحق من شأنه تقليل أو "تنقية" المقاييس التي يُعتقد أنها تعكس أبعاداً أساسية للشخصية . ويعدّ منحى التحليل العاملي الاستكشافي (exploratory factor analysis) منحى غير نظري . إذ يبدأ المرء بعدد هائل من الفقرات ، ثم يستمر في اختزالها إلى عناصرها الأساسية -مثل الشخصية ، التكيف ،

الفئة التشخيصية ... إلخ - في محاولة للتوصل إلى السمات والأبعاد المركزية للشخصية . أما مناحي التحليل العاملي التثبيني (confirmatory) فهي أكثر تأثراً بالنظرية ، وتسعى لإثبات البنية العاملية المفترضة (بناء على التنبؤات النظرية) لفقرات الاختبار (Floyd&Widaman, 1995; Reise et al., 2000) . وبالرغم من أن الشرح المفصل لإجراءات التحليل العاملي التثبيني ليس ضمن نطاق هذا الكتاب ، إلا أنه من المهم ملاحظة تزايد الأخصائيين الإكلينكيين الذين يستخدمون التحليل العاملي التثبيني في تطوير أساليب القياس الموضوعية وتقييمها .

تكمن قوة التحليل العاملي كمنحى لبناء الاختبارات في تركيزه على الإثبات التجريبي أن الفقرات التي تزعم أنها تقيس متغيراً ما ، أو بُعداً من أبعاد الشخصية ، ترتبط ببعضها بعضاً بدرجة عالية . إلا أن هذا المنحى له محدودياته ، فهو لا يقوم من تلقاء نفسه بتحديد ما إذا كانت الفقرات تقيس بالفعل المتغير قيد الاهتمام ؛ وإنما نعرف من خلاله فقط أن هذه الفقرات تميل لقياس "الشيء" نفسه .

منحى صدق البناء (المفهوم) Construct Validity Approach

ويجمع هذا المنحى بين عدة أوجه من مناحي صدق المحتوى والترميز بمحك تجريبي والتحليل العاملي (Clark&Watson, 1995) . وفي هذا المنحى ، يتم تطوير مقاييس لتقييم مفاهيم معينة مستمدة من نظرية ما . وفي حالة تقييم الشخصية ، فإن الهدف هو تطوير مقاييس تركز على نظرية ما من نظريات الشخصية ، أو تنطلق منها . ويتم تحقيق صدق البناء عندما يكون بإمكاننا القول إن مقياساً ما يقيس المفهوم النظري قيد الاهتمام بالفعل .

الجدول 2-8 استراتيجيات تحديد صدق الفقرة: "أتمنى لو أنه يمكنني أن أكون أسعد مما أنا عليه"

| الأسلوب | الفقرة صادقة إذا |
|---------------------|---|
| صدق المحتوى | أكد "المؤلفون" أن الفقرة ممثلة لأحد أعراض متلازمة الاكتئاب . |
| الترميز بمحك تجريبي | ميّزت بين المجموعة المكتتبة والمجموعة غير المكتتبة . |
| التحليل العاملي | ظهر من خلال التحليل العاملي أنها ترتبط بصورة ذات دلالة بمجموعة متجانسة ومستقلة من الفقرات التي تقيس الاكتئاب . |
| صدق البناء | قامت بقياس مفهوم الاكتئاب كما يُعرّف نظرياً (يتضمن الاكتئاب النظرة السلبية للذات - وفي هذه الحالة ، أن يرى المرء نفسه على أنه غير سعيد) . |

ويتم اختيار الفقرات بناءً على مدى تمثيلها لهذا المفهوم النظري . كما يُستخدم تحليل الفقرات والتحليل العاملي وغير ذلك من إجراءات للتأكد من تجانس المقياس الذي تم تطويره . وعندئذ ، يتم تحديد صدق بناء المقياس من خلال إثبات (بواسطة سلسلة من الدراسات النظرية) أن الذين حصلوا على درجات معينة عليه ، يتصرفون - في مواقف غير اختبارية - بطريقة يمكن التنبؤ بها من خلال درجاتهم على المقياس . ونتيجة لشموليته ، يُعتبر منحى صدق البناء/المفهوم في بناء الاختبارات ، أكثر جاذبيةً وتكثيفاً للعمل مقارنةً بغيره . وفي الحقيقة ، فإن تحقيق صدق البناء يعد عملية مستمرة لا تتوقف أبداً ، تدعمها التغذية الراجعة التجريبية ، التي من شأنها أن تشدّب النظرية ، وأية مقاييس للشخصية تنبثق عنها (G.T.Smith&McCarthy,1995) .

ولإيجاز والتوضيح ، يبين الجدول 2-8 صدق فقرة يفترض أنها تقيس الاكتئاب ، تبعاً لكلٍ من الاستراتيجيات الأربع في بناء الاختبار التي تمت مناقشتها . وسننتقل الآن لمناقشة عددٍ من مقاييس الشخصية الموضوعية المتاحة للأخصائيين الإكلينكيين .

اختبار مينيسوتا متعدد الأوجه - الأول والثاني

The MMPI and the MMPI-2

لطالما كان اختبار مينيسوتا (MMPI) أفضل مثال على منحى الترميز بمحك تجريبي في بناء الاختبار . وبعد أكثر من 60 عاماً مضت منذ أن قام هاثاوي وماك-كينلي (Hathaway&McKinley) بنشره عام 1943 ، فهذا الاختبار ما يزال يُعدّ أكثر قوائم التقرير الذاتي تفوقاً . وقد تم استخدام اختبار مينيسوتا (MMPI) فعلياً لكل الأهداف التنبؤية التي يمكن تخيلها ؛ حيث يمتد مداه من التنبؤ بحالات كنوبات الذهان ، إلى التوافق الزواجي . والمذهل أكثر من ذلك ، ما توصل إليه جراهام (Graham,1990) من تقديرات حول حجم الدراسات التي نُشرت حول هذا الاختبار ، والتي تصل إلى أكثر من 10.000 دراسة . وبغض النظر عما حققه من نجاح كبير عبر السنين ، فقد بدا أن هذا الاختبار بحاجة إلى التحديث وإعادة التقنين ؛ فكانت النتيجة ظهور اختبار مينيسوتا الجديد (MMPI-2) (Batcher, Dahlstorm, Graham, Tellegen,Kaemmer,1989) .

وصف الاختبار الأول MMPI Description:

عندما قاما بتطوير اختبار مينيسوتا (MMPI) ، كان الهدف الأساسي لهماثاوي وماك-كينلي هو التشخيص النفسي للأفراد . حيث تم جمع فقرات الاختبار من عدة مصادر ، شملت اختبارات الشخصية ، وتاريخ الحالات ، والخبرة الإكلينيكية . ومن ثمّ تم تطبيق هذا الكم الهائل من الفقرات على مئات الأفراد من غير الإكلينكيين (أكثر من 700 زائر لمستشفيات جامعة مينيسوتا) ومن المرضى النفسيين (أكثر من 800 مريض) . وقد استخدمت التصنيفات النفسية التالية :

توهم المرض (Hs) ، الاكتئاب (D) ، الهستيريا (Hy) ، الانحراف السيكوباثي (Pd) ، البارانويا (P) ، السيكاثينيا (Pt) ، الفصام (Sc) ، والهوس (Ma) . ثم أُضيف مقياسان آخران لاحقاً ، وهما : الذكورة-الأنوثة (Mf) والاندواء الاجتماعي (Si) . ومن المهم ملاحظة أن أسماء هذه المقاييس تعكس نظاماً من التصنيف التشخيصي الذي كان يُستخدم في الأربعينيات والخمسينيات من القرن الماضي ؛ والتي تفادمت الآن . ولترجمة هذه التسميات أو الألقاب التشخيصية إلى مصطلحات أكثر معنى ووضوحاً ، ارجع إلى الجدول 3-8 .

ويتكون اختبار مينيسوتا (MMPI) الأصلي من 550 فقرة يجيب عنها المريض بـ "نعم" أو "لا" أو "لا أعرف" . وقد تضمن الاختبار فقط تلك الفقرات التي استطاعت التمييز بين مجموعة إكلينيكية ما ، وأخرى غير إكلينيكية . فعلى سبيل المثال ، تم الاحتفاظ بالفقرات التي ميزت بين الأفراد المصابين بالاكتئاب والأفراد العاديين ، أو بين الفصامين والعاديين ، أو بين ذوي السمات السيكوباثية والعاديين . ولم تجر أية محاولات لاختيار فقرات تميز بين فئة تشخيصية وأخرى . ونتيجة لذلك ، نلاحظ أحياناً وجود ارتباط عالٍ بين فقرات وأخرى ، كما نجد أن الفقرة نفسها قد تظهر في عدد من المقاييس المختلفة .

هذا ، وقد ظهرت صورة فردية من اختبار مينيسوتا (MMPI) ، تمت فيها طباعة الفقرات على بطاقات . وهنا ، يقوم الفرد بفرز البطاقات حسب فئات الإجابة "نعم-لا-لا أعرف" . كما ظهرت أيضاً صورة جماعية طُبعت فيها الفقرات ضمن كراسة ، ويتم وضع الأجوبة هنا على صفحة للإجابة . ومع أن الاختبار صُمم للأشخاص من سن السادسة عشرة فما فوق ، إلا أنه استخدم مع أشخاص أقل عمراً . وكان يتم تصحيحه إما آلياً أو يدوياً . وفي الواقع ، فإن عمليات تطبيق وتصحيح اختبار مينيسوتا (MMPI) كاملاً وتفسير درجاته ممكنة بواسطة الحاسوب .

الجدول 3-8 أمثلة على فقرات اختبار مينيسوتا (MMPI)

| المقياس الإكلينيكي | الفقرات الممثلة (عند الإجابة عنها بنعم) |
|--|--|
| توهم المرض (Hypochondriasis-Hs) | "أشعر أحياناً بمغص شديد في أمعائي". |
| (الاهتمام المفرط بوظائف الجسد) | |
| الاكتئاب (Depression-D) | "كثيراً مما أكون شديد التوتر في عملي". |
| (التشاؤم ، اليأس ، تباطؤ في الأفعال والأفكار) | |
| الهستيريا (Hysteria-Hy) | "أشعر أحياناً أن شيئاً يضغط على رأسي". |
| (الاستخدام اللا شعوري للمشكلات الجسدية والعقلية لتجنب الصراعات أو المسؤولية) | |
| الانحراف السيکوباتي (Psychopathic Deviate-Pd) | "أتمنى لو أستطيع القيام ببعض الأشياء من جديد". |
| (ازدراء القيم الاجتماعية ، المشاعر الضحلة ، عدم القدرة على الإفادة من الخبرات الماضية) | |
| الذكورة-الأُنوثة (Masculinity, Femininity-Mf) | "كنت أحب الرقص في دروس لرياضة". |
| (فقرات تميز بين الأدوار الجنسية التقليدية) | |
| البارانويا (Paranoia-P) | "يضايقني أن الأشخاص تساورهم أفكار خاطئة علي". |
| (شكوك غير طبيعية ، توهم العظمة أو الاضطهاد) | |
| السيكاثينيا (Psychasthenia-Pt) | "تكون الأفكار التي تدور في رأسي مريعة أحياناً". |
| (استحواذات فكرية ، سلوكيات قهرية ، مخاوف ، شعور بالذنب ، حيرة) | |
| الفصام (Schizophrenia-Sc) | "هنالك أشخاص في الخارج يحاولون القضاء علي". |
| (أفكار أو سلوكيات غريبة غير عادية ، انسحاب ، هلوسات ، هذات) | |
| الهوس (Hypomania-Ma) | "أحياناً أفكر بسرعة كبيرة ، حتى أنني لا أستطيع متابعة أفكاري". |
| (هياج انفعالي ، نظائر في الأفكار ، نشاط زائد) | |
| الانطواء الاجتماعي (Social Introversion-Si) | "أستسلم بسهولة عند مناقشة المسائل مع الآخرين". |
| (خجل ، عدم الاهتمام بالآخرين ، عدم الشعور بالأمان) | |

المصدر :

Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI); 1942, 1943 (renewed 1970) by the University of Minnesota

تعرضت عينة التقنين في اختبار مينيسوتا (MMPI) الأصلي للنقد لسنوات عديدة؛ وذلك على اعتبار أنها غير مثالية للمجتمع الأمريكي. حيث تضمنت عينة التقنين لهذا الاختبار عدداً كبيراً من المشاركين من منطقة مينيسوتا، والذين كانوا جميعاً من البيض، وتعدل 8 سنوات من التعليم؛ كما كان معظمهم في الخامسة والثلاثين من العمر، متزوجين، ومن مدن صغيرة. كذلك أصبحت لغة العديد من الفقرات قديمة، واحتوى بعضها على لغة تنطوي على تحيز للجنس. كما احتوى الاختبار على فقرات تضمنت إشارات غير مناسبة لمعتقدات دينية مسيحية، وركز بعضها أحياناً وبصورة مبالغ بها على الوظائف الجنسية والأحشائية (المثانة والأمعاء). كما اتسم بعضها الآخر بضعف في القواعد اللغوية والترقيم. وأخيراً، فقد شعر كثيرون بأن الفقرات لم تقم بتمثيل بعض السلوكيات بشكل ملائم، مثل الاتجار وتعاطي المخدرات والعقاقير. وعليه، فقد بدأ بشكل عام أن الوقت قد حان لمراجعة الاختبار (Graham, 1990).

ولغايات التقنين، تم الإبقاء على الفقرات الخمسمئة والخمسين الأصلية، ولكن أُعيدت صياغة 82 فقرة منها (بالرغم من أن معظم التغييرات كانت طفيفة). وقد تم الاحتفاظ بالمعاني الأصلية للفقرات، ولكن مع صياغتها بلغة معاصرة. إضافةً إلى ذلك، تمت إضافة 154 فقرة جديدة بحيث وصل مجموع الفقرات إلى 704 فقرات. وبعد التعديل، أصبحت المراجعة الأخيرة للاختبار تحتوي على 567 فقرة. على أية حال، ففي الحالات التي يكون فيها الاهتمام منصباً فقط على الصدق التقليدي والمقاييس الإكلينيكية، لا تطبق إلا الفقرات الـ 370 الأولى الواردة في كراسة الاختبار.

وبالنسبة لأفراد عينة إعادة التقنين، فقد جاؤوا من ولايات مينيسوتا، وأوهايو، وكارولينا الشمالية، وواشنطن، وبنسلفانيا، وقرجينا، وكاليفورنيا. وقد تم اختيار العينة بناءً على بيانات مكتب تعداد السكان لعام 1980 في الولايات المتحدة. وقد احتوت العينة النهائية على 1138 رجلاً و1462 امرأة. وكان التركيب العرقي للعينة كما يلي: 81٪ من البيض، 12٪ من الأفريقيين الأمريكيين، 3٪ من السكان الأصليين، 3٪ من أميركا اللاتينية، و1٪ من الآسيويين الأمريكيين. وقد تراوحت أعمار المشاركين بين 18 و85 عاماً، وتراوح تعليمهم الرسمي بين 3 سنوات أو أقل و20 سنة أو أكثر. وقد كان حوالي 3٪ من الرجال و6٪ من النساء يتلقون العلاج النفسي لبعض المشكلات النفسية في الوقت الذي تم فيه تطبيق الاختبار.

ويقر مؤلفو اختبار مينيسوتا الثاني (MMPI-2) بإمكانية تطبيقه على أفراد في الثالثة عشرة من عمرهم على الأقل، و/أو ممن يمكنهم القراءة بمستوى طلاب الصف الثامن. كما يمكن تطبيقه

بشكل فردي أو جمعي . وبمعكس اختبار مينيسوتا الأول (MMPI) ، فإن للاختبار الثاني (MMPI-2) نموذجاً واحداً فقط ، وهو الكراسة . ويمكن تصحيحه بواسطة الحاسوب ، وتتوافر منه نسخ بغير اللغة الإنجليزية . وحالياً ، توجد صورة معدلة من اختبار مينيسوتا خاصة بالمراهقين (MMPI-A) ، طورها بوتشر وزملاؤه (Butcher et al., 1992) .

مقاييس الصدق Validity Scales

هناك مشكلة تتعلق بقوائم التقرير الذاتي ، بما فيها اختبار مينيسوتا الثاني (MMPI-2) ، وهي قابليتها للتشويه بفعل اتجاهات المفحوص نحو الاختبار وأنماط استجابته . فعلى سبيل المثال ، قد يرغب بعض المرضى برسم صورة مشرقة عن أنفسهم ، ولربما يقوم آخرون بـ "تصنع السوء" لزيادة احتمال حصولهم على المساعدة أو التعاطف ، أو حتى الإعفاء من الخدمة العسكرية . كما أن هنالك آخرين تحركهم الرغبة بالموافقة على أية فقرة بغض النظر عن محتواها . إذن من الواضح أن الإكلينيكي إذا لم يكن واعياً بهذه الأنماط من الاستجابات ، فإنه قد يرتكب في تفسيره للاختبار أخطاءً فادحة .

وللمساعدة على كشف عمليات التمارض (تصنع السوء) ، وطبيعة الاتجاهات نحو الاختبار أو أنماط الاستجابة وعدم الاكتراث أو سوء الفهم ، يستعين اختبار مينيسوتا (MMPI-2) بمقاييس الصدق التقليدية المتضمنة في الاختبار الأصلي (MMPI) .

1 . مقياس عدم الإجابة (؟) (Cannot Say Scale) : وهو عدد الفقرات التي تُترك دون إجابة .

2 . مقياس عدم التواتر (F) (Infrequency Scale) : وهي الفقرات الستون التي نادراً ما تتم الإجابة عنها وفق الطريقة التي أجاب عنها أفراد مجموعة التقنين . وتشير الدرجة المرتفعة عليها إلى أنماط منحرفة من الاستجابات ، أو إلى شذوذ واضح في السلوك ، أو إلى افتراضات أخرى حول خصائص إضافية أو سلوكيات تجاه الاختبار .

3 . مقياس الكذب (L) (Lie Scale) : ويشمل هذا المقياس 15 فقرة تؤدي الموافقة عليها إلى وضع الشخص بصورة إيجابية للغاية . لكن من غير المحتمل أن تتم الموافقة حقاً على هذه الفقرات ؛ كالإجابة بـ "نعم" على فقرة مثل : "يُعجبني كل شخص أقابله" .

4 . مقياس التصحيح (K) (Defensiveness) : وهي الفقرات العشرون التي تشير إلى نزعة دفاعية في الاعتراف بمشكلات معينة . وتكشف هذه الفقرات عن الادعاء بالصحة بطريقة أقل صراحةً من المقياسين (L) أو (F) . مثل : "لا يضايقني انتقاد الآخرين لي" .

وإضافةً إلى مقاييس الصدق التقليدية ، فهناك ثلاثة مقاييس "جديدة" للصدق يمكن الحصول عليها من الصورة الثانية لاختبار مينيسوتا الثاني (MMPI-2) :

5 . مقياس عدم التواتر للمصفحة الخلفية (Fb) (Back-Page Infrequency Scale) : وهذه الفقرات الأربعون التي تظهر قرب نهاية الاختبار ، من النادر أن يتم تأييدها أو الموافقة عليها .

6 . مقياس عدم اتساق الاستجابة للمتغيرات (VRIN) (Variable Response Inconsistency Scale) : ويتكون من 67 زوجاً من الفقرات بمحتوى متشابه أو متناقض . وتشير درجة الفرد المرتفعة على هذا المقياس إلى استجابته العشوائية على الاختبار .

7 . مقياس عدم اتساق الاستجابة الحقيقية (TRIN) (True Response Inconsistency Scale) : ويتكون من 23 زوجاً من الفقرات المتناقضة في محتواها . وتشير الدرجات العالية هنا إلى ميل الفرد إلى إعطاء استجابات صحيحة دون تمييز ؛ أما المنخفضة فتشير إلى ميله إلى إعطاء استجابات خاطئة دون تمييز .

إن هذه المقاييس السبعة لصدق الاختبار (MMPI-2) تزودنا بطرق في فهم دافعية المستجيب للاختبار ، واتجاهاته نحوه . فمحاولة الشخص للظهور بصورة مرغوبة جداً مثلاً ، يتم اكتشافها على الأغلب من خلال مقياس (L) أو (K) (Miller, 2002; Baer, Wetter, & Berry, 1992) ، بينما ستنتضح محاولته للمبالغة في إظهار المشكلات أو الأعراض عند تقييم مقياسي (F) و (Fb) (Berry, Bear, & Harris, 1991; Rogers, Bagby, & Chakraborty, 1993; Wetter, Bear, Berry, Robinson, & Sumpter 1993; Wetter, Bear, Berry, Smith, & Larsen, 1992). فإن مقياسي (VIRN) و (TIRN) يُعتبران مؤشرين مفيدتين لمعرفة الاستجابة العشوائية أو الإجابة بـ "نعم" (أو "لا") على معظم الفقرات ، على التوالي (Berry et al., 1992; Tellegen & Ben-Porath, 1992) .



أ. د. يوسف س. بن پورات

Yossef S. Ben-Porath, Ph.D.

(قسم علم النفس - جامعة ولاية كنت)

د. يوسف بن پورات أستاذ في علم النفس ومشرف للتدريب الإكلينيكي في جامعة ولاية كنت. وهو مختص في التقييم النفسي، وخاصة في استخدام اختباري مينيسوتا (MMPI-2) و (MMPI-A) في المواقف الإكلينيكية والقضائية. إضافة إلى ذلك، فهو يدرس استخدام الحاسوب في التقييم الإكلينيكي، وكيفية تدبير الأفراد لأشكال مختلفة من الضغوط النفسية. وقد كتب د. بن پورات عدداً من المقالات، كما ألف فصلاً من كتاب، وكتباً حول التقييم النفسي، ويدير عادة ورشات عمل حول التطبيقات الإكلينيكية لاختباري (MMPI-2) و (MMPI-A) وأخيراً، فهو يعمل حالياً كمحرر لمجلة التقييم (Assessment). وقد سئلت لنا الفرصة لطرح على د. بن پورات عدداً من الأسئلة المتعلقة بخلفيته وأنشطته وتوقعاته المستقبلية.

■ ما الذي أثار اهتمامك ابتداءً بميدان علم النفس الإكلينيكي؟

بدأت أهتم بعلم النفس الإكلينيكي كطالب جامعي يتخصص في علم النفس في جامعة حيفا بإسرائيل. وقد أثار اهتمامي العمل الدراسي في علم نفس الشواذ والشخصية. هذا، وقد أتاح لي الاشتراك في مشاريع الأبحاث في هذين الميدانين فرصة متابعة دراستي العليا في علم النفس الإكلينيكي. وكان أحد أساتذتي، د. موشي ألماغور، قد حصل مؤخراً على درجة الدكتوراة من جامعة مينيسوتا، وكان يجري أبحاثه في مجال التقييم الإكلينيكي للشخصية. ووجدت هذا الميدان جذاباً لطبيعته التطبيقية، ومضامينه المهمة في الممارسة الإكلينيكية. وفي النهاية، تلقيت بدوري دراستي العليا في علم النفس الإكلينيكي في جامعة مينيسوتا.

■ صف لنا الأنشطة التي تقوم بها كأخصائي إكلينيكي.

ترتبط أنشطتي الأساسية كأخصائي إكلينيكي بواجباتي كعضو هيئة تدريسية في قسم علم النفس في جامعة ولاية كنت. حيث أقوم بتدريس مساقات علم النفس المختلفة لطلبة البكالوريوس وطلبة الدراسات العليا، وأشرف على الأنشطة البحثية للطلاب، والتي تتراوح بين الإشراف على التقارير الصفية لطلبة البكالوريوس إلى متابعة طلبة الدراسات العليا الذين يعملون على أطروحات الدكتوراة، كما أقوم بإجراء أبحاثي الخاصة أيضاً. بالإضافة إلى ذلك، أعمل كمشرف على برنامج تدريب الدكتوراة في علم النفس الإكلينيكي، وأنسق أنشطة ٣١ عضواً من أعضاء الهيئة التدريسية، وأكثر من 70 طالباً من طلبة الدراسات العليا. وأخيراً، فإنني أعمل كمحرر في مجلة التقييم (Assessment)، وهذا يشمل إرسال المقالات التي يرغب الباحثون في نشرها في المجلة، لمراجعتها من قبل خبراء في المجال، وبناءً على تقييماتهم يتم اختيار المقالات التي تقبل للنشر في المجلة. كما أنني أقوم بإدارة

ورشات تدريبية مستمرة للممارسين من الأخصائيين النفسيين في ولايات مختلفة ، وأحياناً في دول أخرى أيضاً . وإضافة إلى عملي الجامعي ، فإنني أعمل بدوام جزئي في الممارسة الإكلينيكية في مجال علم النفس القضائي . كما وتشمل أنشطتي الإكلينيكية القيام بتقييمات مختلفة تطلبها المحاكم ، ويشمل ذلك فحص كفاءة المتهمين للمثول في المحكمة والادعاء بالبراءة بحجة " الجنون " ، وتقييم المودعين في السجن .

■ ما هي مجالات تخصصك الدقيق ، وأهتماؤك ؟

يتمثل اهتمامي الرئيسي في التقييم الإكلينيكي . أما مجال تخصصي فهو استخدام اختباري (MMPI-2) و (MMPI-A) في التقييم النفسي التطبيقي . كما أن أبحاثي مُصممة لتقديم بيانات تجريبية لتوجيه الأخصائيين النفسيين الذين يستخدمون هذه الأدوات في مختلف المواقع التطبيقية ، وتشمل التطبيقات المحددة لهذين الاختبارين : بيان التمارض ، واتساع قاعدة المعلومات حول السمات والأعراض والسلوكيات التي ترتبط بدرجات معينة على المقاييس . كما أنني مهتم بفحص ما إذا كان من الضروري القيام بتفسير الاختبار بطريقة مختلفة وفق اختلاف المواقع ، مثل المراكز الخارجية والداخلية ، أو المواقع القضائية أو الإصلاحية . ومؤخراً ، اشتركت في تطوير مقاييس جديدة من اختبار (MMPI) ، وتقنيات للإفادة من تقنية الحاسوب في تطبيقها .

■ ما هي التوجهات التي تتوقعها لعلم النفس الإكلينيكي ؟

التوجه الأساسي الذي أراه هو ابتعاده عن تقديم الخدمات الإكلينيكية بشكل مباشر . فقد انتقلت عدوي ضغوط إدارة الرعاية الصحية ، مصحوبة بغياب الأتلة التجريبية الواضحة على تفوق حملة الدكتوراة في علم النفس الإكلينيكي على غيرهم ممن هم أقل كلفة في تقديم الخدمات ، مثل المستشارين من حملة الماجستير والعاملون في الخدمة الاجتماعية ؛ الأمر الذي يُحتمل أن يتجم عنه تناقص عدد الإكلينيكين الذين يعملون كمعالجين بدوام كامل في المؤسسات المجتمعية أو العيادات الخاصة . وبدلاً من ذلك ، سيُطلب إلى الأخصائيين الإكلينيكين استخدام تدريبهم وخبراتهم في ميدان البحث بشكل متزايد ، للمساعدة في تطوير البرامج وتقييمها . وبالتحديد ، سينخرط الأخصائيون الإكلينيكيون في تطوير أساليب لتحديد الاحتياجات العلاجية ، ولتقييم تقدم العلاج ونتائجه في المؤسسات أو المنظمات التي يُوظفهم . إضافة إلى ذلك ، من المحتمل أن يتزايد انخراط الأخصائيين الإكلينيكين في الممارسة القضائية التي تحتاج إلى أعلى مستوى ممكن من التدريب والخبرة .

■ ما هي التوجهات المستقبلية التي تتوقعها لميدان البحث حول اختبار (MMPI-2) ؟

إن أكثر التوجهات المثيرة للاهتمام والتي أتوقعها للأبحاث حول هذا الاختبار وتطبيقاته ، هي ازدياد مساهمة تقنيات الحاسوب في تطبيقه وتصحيحه وتفسيره . وفي الوقت الحالي ، توجد برامج لإنجاز هذه المهام الثلاث . إلا أن معظم عمليات تطبيق هذا الاختبار ما تزال تُجرى باستخدام الورقة والقلم ، ومعظم لتفسير يقوم به الأخصائي الإكلينيكي بمفرده . وعندما يصبح بالإمكان استخدام الحاسوب لتطبيق الاختبار ، فهذا سينوب عن الكراسة التقليدية للاختبار . وفي المستقبل ، سيتم تطبيقه بطريقة معدلة بحيث تقلل من عدد فقرات ، لتشمل فقط تلك الأسئلة التقييمية المحددة التي من الضروري الإجابة عنها ، والتي يطرحتها الأخصائي النفسي . وستصبح الحواسيب مهمة في تفسير درجات الاختبار (MMPI-2) ، وذلك للتزايد المستمر في حجم البيانات اللازمة للوصول إلى تفسيرات قائمة على أسس تجريبية .

لقد ظهر ، على مر السنين ، عدد من الصور المختصرة لاختبار مينيسوتا (MMPI). وعادةً تختصر هذه الصور فقرات الاختبار إلى حد يقل عن الفقرات الأصلية الـ 550 بكثير. وبالرغم مما تحققه من بُعد اقتصادي على مستوى القياس وسرعة التصنيف والتشخيص ، إلا أن هذا قد يكون أحياناً على حساب قوتها التفسيرية . على أن الخلاف ما يزال قائماً بين أولئك الذين يحذرون من استخدام الصور المختصرة ، أمثال بوتشر وكندال وهوفمان (Butcher, Kendall, & Hoffman, 1980) وأولئك الذين يضغطون باتجاه الاستفادة من بعض الصور المختصرة للاختبار ، أمثال نيومارك وودي وفينتس وزيف (Newmark, Woody, Finch, & Ziff, 1980). أما بالنسبة لاختبار مينيسوتا الثاني (MMPI-2) ، فإن بوتشر وزملاءه (1989) وبوتشر وجراهام وبن وراث (Butcher, Graham, Ben-Porath, 1995) لا يزالون يشككون في استخدام هذه الصور . وبشكل أكثر عموماً ، فإن الصور المختصرة لأي اختبار نفسي ربما لا ينبغي تطويرها إلا نادراً ، وإذا ما تم ذلك ، فينبغي أن تخضع لمعايير صارمة في الصدق والثبات ، كما لو كانت كل منها اختباراً مستقلاً بذاته (G.T. Smith, McCarthy, & Anderson, 2000).

التفسير من خلال الأنماط: تحليل الصفحة النفسية

Interpretation Through Patterns: Profile Analysis

ولأن المقاييس الأصلية تم تطويرها للتنبؤ بالتصنيفات الطبية النفسية ، فقد اعتمد الاستخدام الأولي لاختبار مينيسوتا (MMPI) على تفسيرات بسيطة مبنية على الارتفاعات في درجات المقياس . أي ، إذا كانت درجة مقياس الفصام (Sc) مرتفعة بصورة دالة ، فهذا يشير إلى التشخيص بالفصام . على أية حال ، فالخبرة الإكلينيكية لا تلبث أن تُعلمنا أن مثل هذه التفسيرات المجزأة والمحدودة فيها تبسيط شديد . فبعض الأشخاص من غير المصابين باضطرابات إكلينيكية يحصلون على درجات مرتفعة على هذا المقياس ، تماماً كما تحصل عليها فئات تشخيصية أخرى .

لقد اتجه التفسير الآن إلى فحص الأنماط أو "الصفحات النفسية" للدرجات . فالأشخاص الذين تكون درجاتهم عالية على المقاييس الإكلينيكية الثلاثة الأولى (Hy D, Hs,) مثلاً ، يميلون إلى إظهار شكاو جسدية وأعراض اكتئابية ، وعادةً ما يُشخصون بالاضطرابات ذات المظهر الجسدي أو القلق أو الاكتئاب . والارتفاع على المقاييس السادس (Pa) والثامن (Sc) يشير إلى شك مفرط واحتمال وجود أفكار ذهانية . وهي خصائص نجدها لدى الأفراد الذين يتم تشخيصهم بفصام البارانويا .

في النهاية ، يستنتج القارئ أن التصنيفات التشخيصية ممكنة فقط من خلال تحليل الصفحة النفسية . فلنأخذ المقتطفات التالية من تقرير مبني على تحليل للصفحة النفسية لاختبار مينيسوتا (MMPI-2) في مرحلة ما قبل العلاج ، والمبيّنة في الشكل 1-8 (Butcher,1990) :

تعامل "إد" مع الاختبار بصدق وانفتاح ، فأعطى صفحة نفسية صادقة من الاختبار (MMPI-2) وعبر عن عددٍ من مشكلات التكيف النفسي ، وبدأ أنه بحاجة إلى المساعدة كي يتجاوزها . وينضح من الصفحة النفسية الإكلينيكية للاختبار أن هناك عدداً من المشكلات والأعراض التي كان "إد" يعاني منها في جلساته العلاجية الأولى . فقد أقر بأنه مكتئب وقلق حول وضعه الحالي ، وقال إنه يشعر بالتوتر والوحدة وعدم الأمان . وكان متردداً وغير قادر على التركيز أثناء عمله . كما لم يكن يستمتع بالحياة ، وكانت تستحوذ عليه فكرة عجزه عن بلوغ أهدافه الشخصية . كما أن درجته المرتفعة نسبياً على مقياس الانحراف السيكوباتي (Pd) تعكس اتجاهات تمردية وصراعات أسرية (كانت درجته التائية على مقياس هاريس-لينچوس للمشكلات الأسرية-الانحراف السيكوباتي 1 ، تساوي 69) . وبدأ أنه شاب سلبي يعاني من الخجل والعزلة (ص 12) .

وعليه ، فالتغير والتحسين الرئيسي الذي طرأ على الاستخدام الإكلينيكي لاختبار مينيسوتا الأول (MMPI) والثاني (MMPI-2) يتمثل بذلك التحول من التشخيص النفسي الفارقي المبني على درجة واحدة ، إلى التحليل الدقيق للصفحة النفسية للدرجات على المقاييس ، والتي تعدّ بمثابة مقاييس لسمات الشخصية .

وبالنسبة لاختبار مينيسوتا الثاني (MMPI-2) ، فقد تم تطوير مجموعة متنوعة من مقاييس المحتوى أيضاً (Butcher, Graham, Williams, & Ben-Porath, 1990) . فعلى سبيل المثال ، هناك فقرات معينة يمكن أن تساعد في التعرف على المخاوف ، والشكاوى الصحية ، والسخرية ، ونمط الشخصية أ ، وهكذا . وتتيح مثل هذه المقاييس للأخصائي الإكلينيكي تجاوز التصنيفات التصفية البسيطة ، إلى مستوى أكثر ديناميّة من التفسير . فلنأخذ المثال التالي من جراهام (Graham,1990) :

المشكلات الأسرية (Family Problems-FAM)

تشير الدرجات المرتفعة على هذا المقياس إلى أشخاص :

- 1 . يصفون اضطراباً ملحوظاً في أسرهم الحالية و/أو أسرهم الأصلية .
- 2 . يصفون أسرهم على أنها تفتقر إلى الحب والتفهم والدعم .
- 3 . يستخفون بمتطلبات أسرهم ونصائحها .
- 4 . يشعرون بالغضب والعدائية تجاه أسرهم .
- 5 . ينظرون إلى علاقات الزواج على أنها تتضمن عدم السعادة وتفتقر إلى العاطفة (ص 137) .

MMPI-2

Profile for (Male) Scores

Copyright © 1988 by University of Minnesota
All rights reserved. Distributed under the terms of the MMPI-2
User's Manual, published by the University of Minnesota.

"MMPI-2" and "Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2" are trademarks owned by
The University of Minnesota. Printed in the United States of America.

Name Ed

Address _____

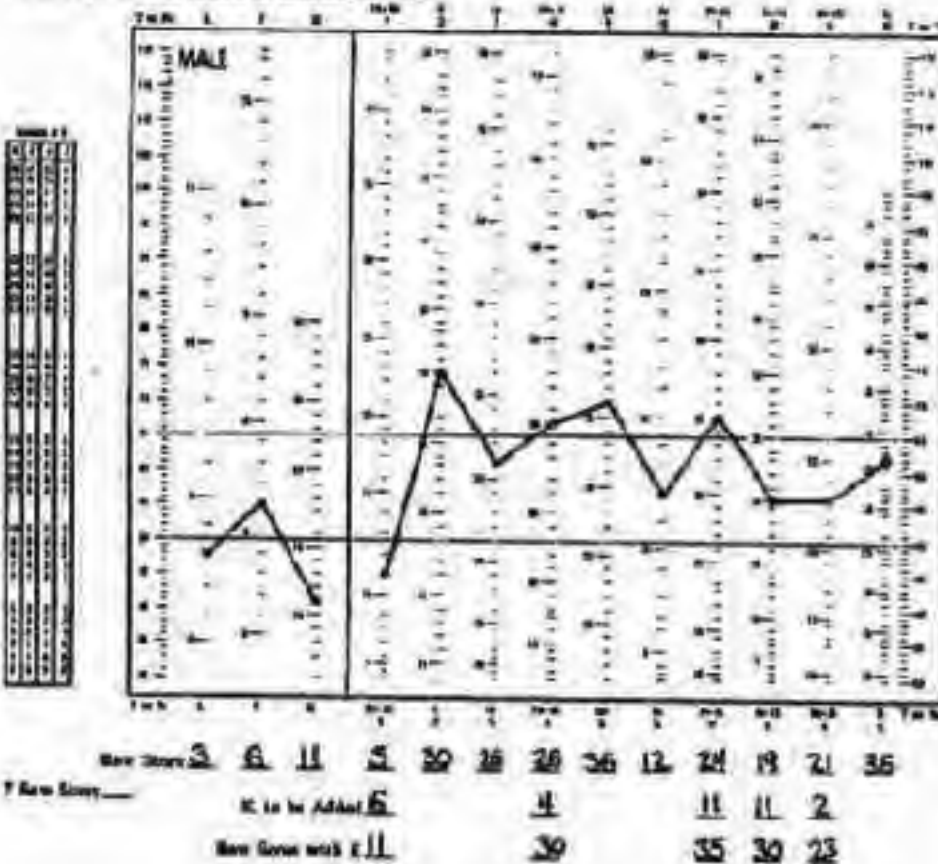
Occupation Clerical Date Tested 1/1

Education _____ Age _____ Marital Status Single

Referral by _____

MMPI-2 Code _____

Scoring's initials _____



المقاييس الإكمالية Supplementary Scales

بالإضافة إلى مقاييس الصدق التقليدية والمقاييس الإكلينيكية ومقاييس المحتوى ، فقد تم استخدام ذلك الكم الهائل من فقرات الاختبار الثاني (MMPI-2) من أجل تطوير عدد من المقاييس الأخرى ، ومنذ سنوات عدة ، قام دالستورم وويلش ودالستورم (Dahlstorm, Welsh, & Dahlstorm, 1972, 1975) بملاحظة 450 مقياس إكمالي لاختبار مينيسوتا (MMPI) ، تتراوح بين السيطرة والشك ، والنجاح في كرة السلة ، وبالنسبة للاختبار الثاني ، تم تطوير 12 مقياساً إكمالياً حتى الآن . ومن الأمثلة عليها : القلق ، الكبت ، قوة الأنا ، السيطرة ، والمسؤولية الاجتماعية . وما تزال هنالك إمكانية لتطوير المزيد من هذه المقاييس الإكمالية مستقبلاً (Butcher et al., 1995).

الفرز Screening

ينجذب الكثير من الإكلينيكين لاختبار مينيسوتا الثاني (MMPI-2)، وذلك لقدرته على الفرز والتصنيف. فعندما يكون الأخصائي الإكلينيكي بأمر الحاجة إلى معلومات تتعلق بمدى خطورة مشكلات المريض، وعندما يكون عليه التوصل إلى فرضيات حول الوضع التشخيصي لذلك المريض، يصبح لاختبار مينيسوتا (MMPI-2) قيمته العالية وأهميته القصوى. لذلك، عند النظر في مجموعات من المرضى، نجده مفيداً وفعالاً كأداة لتشخيص الاضطرابات النفسية، أو لتأكيد الفرضيات. لكن هذا الاختبار طويل جداً؛ وبالنسبة لكثير من أهداف التقييم الأولي، فإن قائمة تستغرق وقتاً طويلاً كهذه قد لا تكون ضرورية. فمثلاً، إذا أراد الأخصائي الإكلينيكي ببساطة أن يتعرف على وجود اكتئاب عند مجموعة من المرضى الجدد، فإن استخدام قائمة أقصر بكثير من اختبار مينيسوتا (MMPI-2) قد يكون مفضلاً أكثر. إذ أن فقرات اختبار مينيسوتا (MMPI-2) تقيس مدى واسعاً من الأعراض، وقليل منها فقط يتعلق بالاكتئاب. لذا، فإن شمولية هذا الاختبار تعد نقطة قوة وضعف له في آن معاً.

السؤال المتعلق بديناميات الشخصية

The Question of Personality Dynamics

يُعتبر اختبار مينيسوتا الثاني (MMPI-2) اختباراً لا نظرياً (atheoretical) (Butchler, 1993; Helmes & Reddon, 1995c). فبالنسبة للإكلينيكين من ذوي التوجه السيكدينامي أو من يبحثون عن فهم لمرضاهم من خلال التفاعل الخفي والمعتقد بين صفات الشخصية العامة والمحددات الموقفية، قد لا يكون اختبار مينيسوتا (MMPI-2) هو الخيار المفضل. فهذا الاختبار مقياسٌ لمجموعة متنوعة من أعراض المرض النفسي بشكل أساسي. ومع أن الخصائص التي تتطرق إليها فقراته قد تكشف عن سمات أو أنماط شخصية معينة، إلا أنه عندما طُوِّر لم تكن في الذهن مفاهيم أو أبنية معينة في الشخصية. ولكن؛ هل يساعد هذا الاختبار على وصف الشخصية، أو التخطيط للعلاج، أو غيرها من التنبؤات الكثيرة التي على الإكلينيكي مواجهتها في تفاعله اليومي مع المريض؟ كثيرون هم الذين قد يشككون في مساهمة اختبار مينيسوتا (MMPI-2) في القرارات الإكلينيكية المتواصلة بعد الفراغ من التصنيف التشخيصي الأولي. على أية حال، يبقى بوتشر (Butcher, 1990, 1995c) على رأيه في أن هذا الاختبار أداة قيمة في التخطيط للمعالجة وتقييم آثارها.

وكما أشرنا سابقاً ، هناك ما يزيد عن عشرة آلاف دراسة نُشرت حول اختبار مينيسوتا (MMPI) ، وبعيداً عن التعليقات التي تم ذكرها بالفعل ، فلسنا من السذاجة والتهور لنحاول تلخيص هذا الكم الهائل من الأبحاث . على أية حال ، فقد قمنا بتضمين شيء من هذه الأبحاث في الملاحظات التالية .

عندما يُستخدم اختبار مينيسوتا (MMPI) " بالطريقة التي تم فيها تصميمه والتحقق من صدقه من أجلها ، فمن المرجح أن تكون خصائصه السيكمترية كافية ، سواء للأهداف الإكلينيكية أو لأهداف البحث " (Parker, Hanson, & Husley, 1988, p.373) . ولكن قد يكون هناك بعض الجدل الذي يدور حول تلك الأهداف بعينها . وعلى أية حال ، فالتحليل البعدي الذي قام به باركر وزملاؤه يشير ، وبوضوح ، إلى أن ثبات واستقرار وصدق اختبار مينيسوتا (MMPI) يعد مقبولاً ؛ وخاصةً عندما تكون هناك أسس نظرية أو تجريبية لهذا الاختبار . هذا ، كما أن إعادة التحليل التي تمت حديثاً لهذه البيانات الناجمة عن التحليل البعدي دعمت بدورها هذه النتيجة (Garb, Florio, & Grove, 1998) . والسؤال الأخير إذن ، ليس فيما إذا كان اختبار مينيسوتا (MMPI-2) صادقاً أم لا ، وإنما لأية أغراض أو أهداف يكون كذلك؟

هنالك أيضاً مسألتان مهمتان أخريان ، تتعلقان بصدق الدرجات على اختبار مينيسوتا (MMPI-2) . فبالرغم من وجودها في إطار تطوير مقاييس إكمالية "جديدة" في هذا الاختبار (MMPI-2) ، إلا أن بوتشر وزملاءه (Butcher et al., 1995) يرون ضرورة الحصول على الصدق التزايدى للمقياس ، وصدق درجات القطع (العتبات) . ويكون الصدق التزايدى (Incremental Validity) مدعماً إذا زودتنا درجات المقياس بمعلومات حول سلوك الشخص أو سمات شخصيته أو خصائص اضطرابه النفسي ، لا تزودنا بها مقاييس أخرى . فهل تعبر الدرجات على اختبار مينيسوتا (MMPI-2) عن معلومات ذات صلة بالاضطراب النفسي أو الشخصية ، ولا تزودنا بها مقاييس أخرى؟ يجدر بالذكر أن هذه المسألة المتعلقة بالصدق التزايدى عادةً ما يتم إهمالها ، وفي سائر الاختبارات النفسية ، بما فيها اختبار مينيسوتا الثاني (MMPI-2) .

أما بالنسبة لصدق درجات القطع (validity of cutoff scores) ، فمن المهم أن نتذكر أن درجة القطع المثلى (من حيث توصلها إلى أفضل قدر ممكن من القرارات الصحيحة ، حول أي من المرضى لديه اضطراب أو سمة ما ، وذلك بناءً على درجته على المقياس) ستختلف وفقاً لطبيعة المرضى المُمثلين في العينة . إذ أن درجات القطع الواردة في أدلة الاختبارات يتم استخراجها عادةً من مجتمع سكاني معين ، والذي قد يكون أو لا يكون مشابهاً لمجتمع المرضى الذين يعمل معهم

الأخصائي الإكلينيكي . وقد تم التوصل إلى نقاط القطع لاختبار مينيسوتا (MMPI-2) (الدرجة الثانية التي تساوي 65 أو أكثر) باستخدام توزيع درجات عينة التقنين . وبالتالي ، فإن نقاط القطع هذه قد تكون ملائمة للاستخدام في أطر إكلينيكية معينة ، وغير ملائمة في أطر أخرى مثلاً .

اختيار الموظفين والتحيز Personnel Selection and Bias

كما أدت التطورات الحديثة في بعض المجتمعات إلى خلق العديد من المشكلات والتحديات لاختبار مينيسوتا الثاني (MMPI-2) . فقد تم عكس ضعف الثقة بمؤسسات المجتمع العامة ، بالإضافة إلى القضايا المتعلقة الأقلّيات ، في الانتقادات الموجهة للاختبار . فلطالما فاخر هذا الاختبار (MMPI-2) مثلاً باستخدامه منحى الترميز بمحك تجريبي ، وهذا أمرٌ يناسب أولئك الذين يفهمونه . ولكن ماذا عن الأشخاص الذين لا يعرفون شيئاً عن الترميز المحكي أو القياس النفسي ، لكنهم يرغبون بالعمل في مؤسسة ما؟ لنفرض أن هؤلاء الأشخاص فشلوا في الحصول على وظيفة بعد خضوعهم للاختبار؛ فماذا عسانا أن نقول لهم عندما يطلبون معرفة كنه العلاقة بين فقرات مثل "كنت أحتفظ بدفتر مذكرات" أو "إن حياتي الجنسية مُرضية" ، والتوظيف؟ بالنسبة للشخص الذي يطلب العلاج ، قد يكون اختبار مثل اختبار مينيسوتا الثاني (MMPI-2) مقبولاً ، ولكن بالنسبة للأشخاص الذين يتلقون الاختبار في مواقف التوظيف ، فقد يُنظر إليه على أنه اعتداء على خصوصياتهم (Butcher, 1971) .

وفي الحقيقة ، في ضوء الأحكام التي صدرت حديثاً عن المحاكم الأميركية ، والشروط الواردة في قانون حماية الأميركيين من ذوي الإعاقات ، فقد لا يكون من الحكمة استخدام اختبارات الشخصية/الاضطرابات النفسية المعروفة مثل اختبار مينيسوتا (MMPI-2) للتقييم في مواقف التوظيف (Camara&Merenda, 2000) . فالاختبارات التي تحتوي على فقرات تتحدث عن المعتقدات الدينية ، أو التوجهات السياسية ، أو التوجهات الجنسية ، أصبحت تُعتبر انتهاكاً لخصوصية الفرد . الأمر الذي دفع بالمحاكم إلى إصدار حكم يقضي بعدم إخضاع المتقدمين بطلبات التوظيف إلا لاختبارات يكون الهدف منها الكشف عن الإعاقة العقلية (Camara&Merenda, 2000) . وفي إطار كهذا ، يُنظر إلى الاختبارات النفسية على أنها نوعٌ من أنواع "الفحص الطبي" ، وإذا ما تم الكشف عن إعاقة عقلية ، فالأمر يعود إلى صاحب العمل لتحديد المدى الذي يمكن لمثل هذه الإعاقة من خلاله ، أن تؤثر بشكل مباشر وسلبي على أداء الفرد لهذه الوظيفة .

ومع الأخذ بعين الاعتبار طبيعة العينة الأصلية التي تم بناءً عليها استخراج صدق اختبار مينيسوتا (MMPI) ، فقد أثبت أيضاً أسئلة حول "تحيز" الاختبار لجماعات عرقية أو إثنية معينة .

وقد بقي هذا الأمر مثيراً للجدل على مر السنين (e.g., Gynther, 1972; Gynther&Green, 1980; Pritchard&Rosenblatt, 1980). حيث أشارت بعض الدراسات إلى وجود فروق دالة في الدرجات بين المجموعات العرقية ، بينما لم تجد دراسات أخرى مثل هذه الفروق . على أية حال ، من المهم أن نتذكر أن الفروق الدالة في متوسط الدرجات لمجموعات من الأفراد لا تشير في ذاتها أو بحد ذاتها إلى تحيز الاختبار . وإنما يشير تحيز الاختبار (test bias) إلى تلك المواقف التي يتم فيها التوصل إلى قرارات أو تنبؤات مختلفة لأفراد من مجموعتين ، حتى عند حصولهم على الدرجات نفسها (Anastasi, 1988). وسنعود إلى مسألة تحيز الاختبار لاحقاً في هذا الفصل . وبحد علمنا ، هناك القليل من الدراسات التي بحثت في تقييم احتمالات وجود تحيز في اختبار مينيسوتا (MMPI-2). ومن المشجع أن هذه الدراسات القليلة -حتى الآن- لم تجد ما يدل على أن استخدام هذا الاختبار لأهداف معينة يؤدي إلى تحيز ضد مجموعات إثنية أو عرقية معينة (e.g., Arbisi, 2002; Ben-Porath, & McNulty, 2002; Timbrook & Graham, 1994; Wood et al., 2002).

مخاوف تتعلق باختبار مينيسوتا MMPI-2 Concerns About the

يمكن القول إن الأسباب التي دعت إلى مراجعة اختبار مينيسوتا (MMPI) في الغالب أسباب جدية بالاحترام . ومع ذلك ، ومن دون شك ، يبدو أن هناك من الإكلينيكين من يشعر بالتوتر حيال اختبار مينيسوتا الثاني (MMPI-2). على أن بعض هذه المخاوف من الأرجح أن تقل مع تَعَوُّد الأخصائيين الإكلينيكين على هذه الصورة المعدلة . ومع ذلك ، فيما يلي عينة من الشكاوى والتحفظات التي ظهرت حول هذا الاختبار :

1. إن عينة التقنين -مقارنةً بالبيانات الصادرة عن مكتب تعداد السكان الأميركي- تُعتبر على مستوى عالٍ من التعليم . فحوالي 5% فقط من أفراد عينة التقنين لاختبار مينيسوتا (MMPI-2) هم بمستوى تعليمي أقل من التعليم الجامعي ، بينما حوالي 45% منهم كانوا من الجامعيين! إن للتعليم دوره في تفسير الكثير من التباين في درجات المرضى الإكلينيكين .
2. هل يمكن لجميع الأبحاث القديمة التي أجريت على الاختبار الأول (MMPI) أن تنسحب على اختبار مينيسوتا الجديد (MMPI-2)؟
3. هل تم إجراء مراجعات "غير ضرورية"؟
4. المحكّات المستخدمة في اختيار المشاركين "العاديين" كانت محيرة وغير واضحة .
5. بعض الأشخاص الذين أجابوا عن صورتي الاختبار أظهروا مشكلات نفسية على أحدهما دون الأخرى .

- 6 . الدرجات التي يتم الحصول عليها على الاختبار الثاني أدنى بشكل عام مقارنةً بالأول .
- 7 . لم يكن مستوى صدق مقاييس المحتوى الجديدة واضحاً .
- 8 . هنالك العديد من مقاييس الاختبار الثاني التي لا تتسم بالثبات إلى حدٍّ ما عبر الزمن .
- 9 . كان الاتساق الداخلي لعدد من مقاييس الاختبار الثاني منخفضاً نسبياً .
- 10 . ما يزال هنالك الكثير من التداخل بين فقرات المقاييس ، مما يجعل تفسير النتائج أمراً صعباً .

وبالرغم من هذه المآخذ والمخاوف ، فإن اختباريّ مينيسوتا الأول (MMPI) والثاني (MMPI-2) ما يزالان "علّامتين مميزتين" لقوائم التقرير الذاتي التي تقيس الاضطراب النفسي أو الشخصية . وعلى الأرجح أن الاختبار الثاني سيحظى بالنجاح نفسه الذي حظي به الاختبار السابق . ومع ذلك ، وكما هو الحال بالنسبة لكل أدوات القياس الأخرى ، فمن المهم للأخصائيين الإكلينيكين ، إدراك مآخذ هذا المقياس الشهير ونقاط ضعفه ، تماماً كإدراكهم لإيجابياته ونقاط قوّته .

قائمة نيو المعدلة للشخصية The Revised NEO-Personality Inventory

وصف القائمة Description

إن قائمة نيو المعدلة للشخصية (NEO-PI-R) (Costa&McCrae, 1992) مقياس تقرير ذاتي لأوجه الشخصية ، وقد تم وضعها بناءً على نموذج مؤثر وفعال في الشخصية ، يُعرف بنموذج العوامل الخمسة (Five-Factor Model-FFM) (Goldberg,1993) . وقد تطور هذا النموذج على مدى العقود الأربعة الماضية (Digman,1990) وله جذوره التي تعود إلى كلٍّ من التقليد المفرداتي (تحليل سمات الأوصاف الموجودة في اللغة الإنجليزية وغيرها من اللغات) وتقليد التحليل العاملي في بحث الشخصية . وكما استُخدمت في قائمة نيو (NEO-PI-R) ، فإن العوامل أو الأبعاد الخمسة هي : العُصابية (Neuroticism) ، الانبساطية (Extraversion) ، الانفتاح للخبرات (Openness to Experience) ، النعاجم (Agreeableness) ، والضمير (Conscientiousness) . ولكلٍّ من هذه الأبعاد ستة مظاهر أو مقاييس فرعية ، وهي سمات شخصية تمثل الأوجه المختلفة لكل بُعد . ويبين الجدول 4-8 تلك الأوجه .

وتحتوي قائمة نيو (NEO-PI-R) على 240 فقرة (8 فقرات لكل من الأوجه الثلاثة ، أو 48 فقرة لكل من الأبعاد الخمسة) ، ويفدّر الفرد كلاً منها على مقياس من خمس نقاط (أعراض بشدة ، أعراض ، محايد ، أوافق ، أوافق بشدة) . والجدير بالذكر أن بداية الأبحاث التي أدت إلى تطوير

قائمة نيو (NEO-PI-R) تعود إلى السبعينيات من القرن العشرين ؛ حيث لم يكن هنالك إجماع واضح في ذلك الحين حول أي من نماذج أو أنظمة الشخصية المطروحة هو الأكثر فائدة وشمولاً في وصفه لأوجه الشخصية . وقد أصبح كوستا وماك-كراي مقتنعين بوجود اتفاق بين نماذج الشخصية المختلفة إزاء الأبعاد الأعلى مرتبة (مثل العصبية والانبساطية) أكبر مما كان عليه الحال بالنسبة للسّمات ذات المراتب الأدنى المكونة لها (أوجه كل بُعد) . ولهذا السبب ، قام كوستا وماك-كراي بتبني منحى "من الأعلى إلى الأسفل" في بناء قائمتهم . وقد راحا يختاران تلك العوامل أو الأبعاد الأعلى مرتبة للشخصية ، والتي يُعتقد (بناءً على مراجعة أدب الموضوع ، إضافة إلى أبحاثهما التجريبية الخاصة) أنها مهمة جداً ومفيدة ، ومن ثمّ قاما بتعريف هذه السمات أو الأوجه التي تمثل كلاً من الأبعاد الرئيسية . وكانت الصورة الأصلية من أداتهما تقيس ثلاثة أبعاد فقط من الأبعاد الخمسة (العصبية ، الانبساطية ، والانفتاح) ؛ أما قائمة نيو (NEO-PI-R) المعدلة فتقيس الأبعاد الخمسة للنموذج (FFM) ، وتشمل مقاييس لمظاهر كل منها .

وقد تم تطوير قائمة نيو (NEO-PI-R) باستخدام الأسلوب المنطقي-التجريبي في بناء الاختبار ، والذي يؤكد على صدق البناء/المفهوم . وكل سمة من سمات الشخصية التي تم إدخالها ، كان يتم تحديدها وتعريفها ، ثمّ تحليلها ؛ بحيث يصبح بالإمكان الوصول إلى فقرات تقيس المظاهر المختلفة للسمة . أما الاختيار النهائي للفقرات فكان يتم على أساس من الأداء التجريبي ؛ أي أن الفقرات الأكثر صدقاً وثباتاً هي التي تم الاحتفاظ بها . إضافة إلى ذلك ، تم إجراء التحليل العاملي للتأكد من أن الفقرات مشبعة بالعوامل الخاصة بها .

الجدول 2-8 أبعاد وأوجه الشخصية التي تقيسها قائمة نيو (NEO-PI-R)

| البُعد | الأوجه |
|---|--|
| العصبية (Neuroticism) | القلق ، العدائية ، الاكتئاب ، الانشغال بالذات ، الاندفاعية ، الضعف . |
| الانبساطية (Extraversion) | الدفع ، الاجتماعية ، الطمأنينة ، النشاط ، السعي للمرح ، المشاعر الإيجابية . |
| الانفتاح للخبرات (Openness to Experience) | الخيال ، الجمالية ، المشاعر ، الأفعال ، الأفكار ، القيم . |
| التناغم (Agreeableness) | الثقة ، الصراحة ، الإيثار ، الامتثال ، التواضع ، الميل للرفقة . |
| الضمير (Conscientiousness) | الكفاءة ، النظام ، الطاعة ، السعي للإنجاز ، الانضباط الذاتي ، التأني . |

إن نصف فقرات قائمة نيو (NEO-PI-R) تقريباً يتم تصحيحها عكسياً ؛ أي أن الدرجات الأدنى تدل أكثر على وجود السمة قيد السؤال . وتم القيام بذلك لمعالجة احتمالات الميل إلى الموافقة (أو عدم الموافقة) الذي قد يُشكّل مشكلةً للقوائم التي يتم فيها صياغة كل الفقرات أو معظمها بطريقة واحدة . وفي مثل هذه القوائم ، قد تكون الدرجات المرتفعة إما ناجمة عن الميل للموافقة ، أو أنها نتيجة حقيقية للمستوى الفعلي للسمة قيد الاهتمام ؛ مما يجعل تفسير الدرجات المرتفعة مشكلة حقاً . ومن أكثر النواحي إثارةً للجدل في قائمة نيو (NEO-PI-R) هي الفقرات الثلاث المفردة التي تقيّم صدق الاستجابات . فإحدى هذه الفقرات تتطلب من المفحوص أن يشير إلى ما إذا كان قد أجاب عن الفقرات بطريقة صريحة ودقيقة ، والأخرى تسأله إذا كان قد أجاب عن جميع الفقرات ، أما الثالثة فتقيّم إذا ما تم وضع الاستجابات في الأماكن الصحيحة أم لا .

المعايير Norms

وُضعت المعايير للراشدين بناءً على نتائج ما مجموعه 500 رجل و500 امرأة ، تم الحصول عليهم من عدة عينات من أفراد المجتمع . وتُعدّ عينة التقنين ممثلة إلى حد كبير لبيانات مكتب تعداد السكان الأميركي عام 1995 ، وذلك من حيث توزيع الأعمار والمجموعات العرقية . كما يعرض دليل قائمة نيو (NEO-PI-R) بيانات معيارية للطلبة الجامعيين أيضاً .

الثبات والاستقرار Reliability and Stability

تُظهر درجات قائمة نيو (NEO-PI-R) مستويات ممتازة من ثبات الاتساق الداخلي ، وثبات إعادة الاختبار . فقد تراوحت معاملات الاتساق الداخلي بين 0.86 و0.92 لمقاييس الأبعاد ، وبين 56.0 و81.0 لمقاييس الأوجه . كما أظهرت دراسة حديثة لمجموعة من مرضى العيادات الخارجية ، أن معاملات ثبات الأبعاد بطريقة إعادة الاختبار بعد 6 أشهر ، تراوحت ما بين 0.76 و0.84 (Trull, Ueda, Costa, & McCrae, 1995) . كما وصل ثبات إعادة الاختبار إلى درجات مذهلة حقاً ، وبفاصل زمني وصل إلى ست سنوات .

البنية العاملية Factor Structure

بشكل عام ، لقد دعم التحليل العاملي البنية العاملية المفترضة للعوامل الخمسة في قائمة نيو (NEO-PI-R) . وهذا الأمر صحيحٌ ، سواء عند تحليل درجات الفقرات المفردة أو عند تحليل درجات الأوجه (Costa & McCrae, 1992) .

الصدق Validity

يعرض دليل قائمة نيو (NEO-PI-R) (Costa & McCrae, 1992) العديد من الأدلة التي تتعلق بصدق الدرجات على هذه الأداة . فقد ارتبطت الدرجات على أبعاد القائمة وأوجهها بصورة تنبؤية

بدرجات عدد من المقاييس الأخرى لسمات الشخصية ، وتقارير النظراء أو الزملاء ، وقوائم الشطب من مقاييس للصفات .

التطبيق الإكلينيكي Clinical Application

ومع أن قائمة نيو (NEO-PI-R) مستمدة من نموذج "سوي" للشخصية ، إلا أن الباحثين بدؤوا بتقييم مدى الاستفادة منها في العمل مع عينات إكلينيكية . ولأن اضطرابات الشخصية في المحور الثاني (Axis-II) تشمل -بناءً على تعريفها- سمات لا تكيفية في الشخصية (أي الاختلاف المتباين في سمات الشخصية المشتركة بين جميع الأفراد) ، فإن هذه الاضطرابات تمثل تطبيقاً واضحاً للأدوات التي تقيس نموذج العوامل الخمسة ، كذلك المتمثلة بقائمة نيو (NEO-PI-R) . ولقد ظهرت عدة دراسات تؤيد الفائدة من استخدام هذه القائمة في وصف اضطرابات الشخصية (e.g., Schoeder, Wormworth, & Livesley, 1992; Trull, 1992; Trull et al., 1995) . إضافة إلى ذلك ، فقد بدأ الباحثون بدراسة مدى فائدة هذه الأدوات في تقييم خصائص الشخصية ، عند أفراد يعانون من الاضطرابات التالية في المحور الأول (Axis-I) : المزاج ، والقلق ، وتعاطي العقاقير (Trull & Sher, 1994) . وتشير هذه الدراسات في مجملها إلى أن قائمة نيو (NEO-PI-R) والأدوات الأخرى المشابهة ، تعتبر واعدة إلى حد ما في مجال التقييم الإكلينيكي .

الصور البديلة Alternate Forms

هناك صورة مختصرة لقائمة نيو (NEO-PI-R) تتكون من 60 فقرة ، وتُعرف بقائمة نيو للعوامل الخمسة (NEO-Five Factor Inventory; NEO-FFI) . وتفيدنا هذه الصورة عندما يكون المطلوب هو استخدام مقياس مختصر ، لقياس الأبعاد الأساسية الخمسة للشخصية . هذا ، وتخلو القائمة المختصرة من أية مقاييس للأوجه . كما توجد صورة أخرى من قائمة نيو تُعرف باسم الصورة "ر" (Form R) ، تستخدم لتقديرات الملاحظين ؛ وتحتوي على 240 فقرة من صورة التقرير الذاتي ، أعيدت صياغتها بحيث تعكس جنس الشخص الذي يتم تقييمه . ويمكن استخدام درجات الصورة "ر" في إثبات صدق درجات التقرير الذاتي أو استكمالها (Costa & McCrae, 1992) .

يعرض برؤيل (Bruehl, 1994) دراسة حالة لامرأة بيضاء مطلقّة ، تبلغ من العمر 45 عاماً ، تلقت تشخيصاً باضطراب الاكتئاب الأساسي على المحور الأول ، واضطراب الشخصية الحدودية على المحور الثاني . وقد أتت "بيتي" للعلاج بسبب قلقها حول تربية ابنتها ، التي تم اعتقالها مؤخراً لحيازة المخدرات ، وتم فصلها من المدرسة الثانوية . وقد عانت بيتي من الإساءة الجنسية في طفولتها ، ومن سوء العلاقات داخل الأسرة ومع الزملاء ، وكذلك من الإساءة الجسدية أثناء الرشد ، ومن الانفعالات الحادة والتذبذبة . ويبين الجدول 8.5 نتائجها على قائمة نيو (NEO-PI-R) .

وكما يظهر من الجدول ، فقد حصلت بيتي على درجات مرتفعة على جميع الأوجه العصبية ، وعلى درجات منخفضة على عدة مقاييس للانبساطية والتناغم ، وعدة درجات مرتفعة على أوجه الانفتاح للخبرات . وهناك عدة عبارات تفسيرية تبين كيف يمكن الاستفادة من هذه الدرجات التي حصلت عليها بيتي على قائمة نيو (NEO-PI-R) في فهم بيتي ، ووضع خطة علاجية لها .

... إن ارتفاع درجات العصبية وانخفاض التناغم كانت متسجمة مع ما يمكن توقعه بناءً على محركات الدليل التشخيصي الثالث (DSM-III-R) لاضطراب الشخصية الحدودية .

... لقد كان تطوير علاقة قوية في العلاج النفسي عملية بطيئة ، نتيجة لوجود مستوى متدنٍ من الدفء والثقة لدى بيتي . . .

... كما ارتبطت مسائل التحويل التي لوحظت أثناء العلاج بانخفاض في الثقة بشكل أساسي ، وارتفاع في العدائية لدى بيتي . وكما هو متوقع في ضوء انخفاض صراحتها ، فقد عبرت عن غضبها وافتقارها إلى الثقة بصورة سلبية . . .

... ويشير انخفاض الامتثال لدى بيتي إلى أهمية الانتباه إلى نواحي السيطرة أثناء العلاج . وفي المناسبات القليلة التي كان يتحللها مهمات علاجية على شكل "واجبات منزلية" متفق عليها ، كانت بيتي تفشل في إتمامها . . .

... وبدا أن انخفاض مستوى الإذعان لديها يتفاعل مع تدني ثقتها وارتفاع عدائيتها ، الأمر الذي سبب صعوبات بين شخصية في العلاج . ولعل هذه المسائل نفسها كانت مسؤولة عن مشكلاتها على مستوى العلاقات الحميمة السابقة مع أصدقاءها المقربين ، ومع أفراد أسرتها وأزواجها . . .

... كما أن المعلومات التي تقدمها قائمة نيو (NEO-PI-R) تشير أيضاً إلى نقاط قوة أدت إلى تحسين سير العلاج . فدرجة بيتي المرتفعة على مقياس الانفتاح على الأفكار عكست النواحي المرصية جزئياً ، إلا أنها عكست أيضاً قدرة على المرونة المعرفية . . . كما أنها كانت منفتحة للنظر إلى مشكلاتها بطرق مختلفة ، وأخذ طرق بديلة في الاعتبار لفهم هذه المشكلات والتعامل معها (Butcher, 1994, pp. 195-196) .

الجدول 5-8 بيان نتائج قائمة نيو (NEO-PI-R) لشخصية "بيتي"

| المقياس | المدى | المضامين الإكلينيكية |
|-------------------------|------------|-------------------------------------|
| العصابية | مرتفع جداً | |
| القلق | مرتفع | التوتر/اجترار التفكير |
| الغضب والعدائية | مرتفع جداً | الغضب الشديد/المرارة |
| الاكتئاب | مرتفع جداً | التشاؤم/القيوط |
| الانشغال بالذات | مرتفع | عدم الأمان/الشعور بالعيب |
| الاندفاعية | مرتفع | العفوية/عدم القابلية للتنبؤ |
| الضعف | مرتفع | القهر/الاستسلام |
| الانبساطية | منخفض | |
| الدفع | منخفض | البرود |
| الاجتماعية | منخفض | الخجل/الانسحاب |
| توكيد الذات | معتدل | |
| النشاط | معتدل | |
| السعي للمرح والإثارة | مرتفع | المغامرة |
| الشاعر الإيجابية | منخفض | الهدوء/عدم الاهتمام |
| الانفتاح | مرتفع | |
| الخيال | مرتفع جداً | الخيال الواسع/الانفصالية |
| الجمالية | معتدل | |
| المشاعر | معتدل | |
| الأفعال | معتدل | |
| الأفكار | مرتفع | مرونة معرفية |
| القيم | مرتفع | انفتاح الذهن |
| التناغم/الانسجام | منخفض | |
| الثقة | منخفض | التهكم/الشك |
| الصراحة | منخفضة | الخداع/اللاعاب |
| الإيثار | معتدل | |
| الامتثال | منخفض | العدوان/المعارضة |
| التواضع | معتدل | |
| الميل للرقعة | معتدل | |
| الضمير | معتدل | |
| الكفاءة | مرتفع | الكمالية |
| النظام | معتدل | |
| الطاعة والإحسان بالواجب | منخفضة | عدم الثبات/الاستهتار وعدم المسؤولية |
| السعي للإنجاز | مرتفع | الاندفاع |
| التضبط الذاتي | معتدل | |
| الثاني | منخفض | التسرع |

المصدر : (Bruehl, 1994)

لقد أشار عدد من الكتاب إلى بعض المآخذ على استخدام قائمة نيو (NEO-PI-R) في التقييم الإكلينيكي (Ben-Porath & Waller, 1992; Block, 1995; Tellegen, 1993). فقد انتقدت القائمة أولاً لافتقارها النسبي إلى فقرات تقيس الصدق. ويعكس اختبار مينيسوتا (MMPI-2) وغيره من مقاييس التقرير الذاتي: فإن قائمة نيو (NEO-PI-R) لا تُفرد فقرات تهدف إلى تقييم أنماط الاستجابات التي يمكن أن تؤثر في تفسير درجات الفرد. ثانياً، إن استخدام قائمة نيو (NEO-PI-R) لأهداف التشخيص الإكلينيكي ما يزال بحاجة إلى الإثبات وإلى بيانات تدعمه. ومع أن الدراسات الأولية التي أظهرت ارتباطاً بين درجات القائمة وتشخيصات الاضطرابات النفسية تُعتبر مُشجعة، إلا أن القائمة قد لا تكون ملائمة كثيراً لغايات التشخيص الإكلينيكي العام؛ وذلك لأنها طُورت على أساس نموذج الشخصية "السوية". ثالثاً؛ في هذا الوقت، هناك القليل من الأبحاث التي أُجريت على استخدام قائمة نيو (NEO-PI-R) في التخطيط للعلاج، بحيث تضمن الاستخدام الروتيني لهذا المقياس في المواقف الإكلينيكية. أخيراً، هناك عدد من الانتقادات السيكمومترية التي وُجّهت للقائمة، وهي تشمل وجود ارتباط داخلي بين عدد من درجات الأبعاد، ووضع أوجه معينة ضمن أبعاد معينة (مثل وضع الاندفاعية والعدائية ضمن بُعد العصابية). وباختصار، بالرغم من أن القائمة وأعدة، إلا أن فائدتها في مجال التقييم الإكلينيكي الروتيني ما تزال بحاجة إلى إثبات.

الاختبارات الإسقاطية Projective Tests

للتقنيات الإسقاطية (Projective techniques) تاريخٌ طويلٌ وحافل. فقد كتب ويليام شكسبير عن الخاصية الإسقاطية للغيوم، واستخدم ويليام شتيرن الغيوم كمثير اختباري قبل أن يأتي رورشاخ ببقع حبره. هذا، وقد اقترح السير فرانسيس جالتون (Francis Galton, 1879) أساليب تداعي الكلمات، والتي استخدمها كريبلين لاحقاً. بينما لجأ بينيه وهنري (Binet & Henri, 1896) إلى الصور كأدوات إسقاطية، كما كان ألفرد أدلر يطلب من مرضاه استرجاع ذكرياتهم الأولى، وهو أيضاً منحى إسقاطي من نوع ما.

على أية حال، فالقوة الدافعة الحقيقية للتقنيات الإسقاطية يمكن ردها إلى هيرمان رورشاخ (Hermann Rorschach) ودراسته الكلاسيكية عام 1921، حيث وصف استخدام بقع الحبر كأسلوب للتشخيص الفارقي للاضطراب النفسي. ولاحقاً في العشرينيات، أدخل ديفيد ليفي (David Levy) اختبار بقع الحبر إلى أميركا، ولم يطل الأمر حتى بدأ بيك وكلوففر وهيرتز

بتدريس مسابقات حول اختبار الرورشاخ . وفي عام 1935 ، قام مورچان وموري بتقديم اختبار تفهّم الموضوع (Thematic Appreciation Test-TAT) ، بينما في عام 1938 ، وصف موري عملية الإسقاط بما تستحقه من عناية وحرص . أما مُصطلح الإسقاط ، فقد أصبح مُستخدمًا ومتداولًا بشكل واسع بعد ظهور مقال ل . ك . فرانك الذي يناقش فيه الأساليب الإسقاطية بشكل تفصيلي .

طبيعة الاختبارات الإسقاطية The Nature of Projective Tests

بالنسبة لبعضهم ، يعود تعريف الاختبار الإسقاطي إلى أفكار فرويد حول طبيعة دفاعات الأنا ، والعمليات اللاشعورية . على أية حال ، فليس هذا هو الأمر الجوهرى هنا . إذ تمّ تقديم العديد من التعريفات على مرّ السنين (Lindzey, 1961; Murstein, 1963; Anderson & Anderson, 1951; Semenoff, 1976; Wiggins, 1973; Zubin, Eron, & Schumer, 1965) . وربما يأتي الحل البراجماتي (العملي) من خلال العودة إلى قاموس اللغة الإنجليزية (English and English, 1958) ، والذي يعرف التقنية الإسقاطية على أنها "إجراء يُستخدم للكشف عن تلك الأنماط السلوكية المميزة للفرد ، وذلك من خلال ملاحظة سلوكه في الاستجابة لموقف لا يستدعي أو يستجّر استجابةً محدّدة" .

وبصورة عامة ، تتسم الأساليب أو التقنيات الإسقاطية بالخصائص المميزة التالية (Rotter, 1954) :

- 1 . أثناء استجابته لمثيرات غير محدّدة البناء أو غامضة ، يجد المفحوص نفسه مجبراً على فرض بنائه الشخصي الخاص ، وأثناء قيامه بذلك ، فإنه يكشف شيئاً عن نفسه (مثل حاجاته أو أمنياته أو صراعاته) .
- 2 . المثيرات غير محدّدة البناء . وهذا المحكّ ضعيف ، رغم الافتراض الشائع بأنه يعكس جوهر التقنيات الإسقاطية . فعلى سبيل المثال ، إذا أدرك 70٪ من المفحوصين البطاقة الخامسة من اختبار الرورشاخ على أنها خفاش ، عندها من الصعب أن نقول إن المثير غير محدّد البناء . وعليه ، فكون الاختبار إسقاطياً أو لا يعتمد على نوعية الاستجابات التي يُحثّ الأفراد على إعطائها ، وعلى كيفية استخدام هذه الاستجابات . إذ أن التعليمات عنصرٌ مهمٌ هنا ؛ فإذا ما طُلب من المرء أن يصنّف الأشخاص الذين يظهرون في مجموعة من بطاقات اختبار تفهّم الموضوع (TAT) إلى رجال ونساء ، فسيكون لدينا قدرٌ كبير من تحديد البناء ؛ أي أن الاختبار يصبح بعيداً كل البعد عن الغموض . ولكن إذا سُئل المفحوص عمّا يقوله الأشخاص الموجودون في هذه البطاقات ، فإن المهمة تصبح فجأةً غامضةً بالفعل .

3. الأسلوب غير مباشر . أي أن المفحوص لا يدرك بدرجة أو بأخرى حقيقة الهدف من الاختبار ؛ أو على الأقل ، تكون الأهداف خفية أو مستترة . وبالرغم من أن المرضى قد يعرفون أن الاختبار يتعلق إلى حد ما بالتكيف أو سوء التكيف ، إلا أنهم عادة لا يدركون ما هي دلالات استجاباتهم بصورة مفصلة . كما لا توجد محاولات لسؤال المرضى مباشرة عن احتياجاتهم أو مشكلاتهم ، فالطريق هنا غير مباشر ، والمؤمل من هذا الأسلوب غير المباشر هو أن يجعل رقابة المرضى على ما يقدمونه من معلومات أمراً صعباً .
4. هناك حرية في الاستجابة . فبينما لا تتيح الاستبانة إلا الإجابة بـ "نعم" أو "لا" ، فإن الأساليب الإسقاطية تسمح بعدد متنوع وغير محدود تقريباً من الاستجابات .
5. يتعامل تفسير الاستجابات مع متغيرات أكثر . وبما أن مدى الاستجابات واسع جداً هنا ، يمكن للإكلينيكي أن يقدم العديد من التفسيرات ، بناءً على عدة أبعاد (الحاجات ، التكيف ، الفئة التشخيصية ، دفاعات الأنا ، ... إلخ) . وبالمقابل ، هناك العديد من الاختبارات الموضوعية التي لا تزودنا إلا بدرجة واحدة (مثل درجة الضيق النفسي) ، أو بدرجات على عدد ثابت ومحدد من الأبعاد أو المقاييس .

القياس والتقنين Measurement and Standardization

تُعتبر المقارنة بين الاختبارات الموضوعية والاختبارات الإسقاطية مذهلة حقاً . فالأولى بطبيعتها تتبع منحى تفسيرياً محدداً ومعيارياً . حيث يصبح من السهل تدبّر المعايير والثبات وحتى الصدق . أما الاختبارات الإسقاطية ، فهي بطبيعتها تُقاوم التقييم السيكمومتري . وفي الحقيقة ، فإن بعض الإكلينيكيين يرفضون حتى الاقتراح القائل بإخضاع اختبار مثل الرورشاخ إلى الإجراءات السيكمومترية المهنية ؛ معتبرين ذلك اعتداءً على حدسهم الإكلينيكي . وفي هذا الجزء ، سنقدم عدداً من الملاحظات التي تتعلق بصعوبات تقييم الخصائص السيكمومترية للاختبارات الإسقاطية .

التقنين Standardization

هل ينبغي تقنين الاختبارات الإسقاطية؟ هناك بالتأكيد أسباب عديدة تدعونا إلى القيام بذلك . فمثل هذا التقنين من شأنه أن يُسهّل الاتصال ، كما يمكنه أيضاً أن يعمل ككاج لتحيزات بعض الإكلينيكيين وحماسهم الزائد للتفسير . إضافةً إلى ذلك ، عادةً ما نجد المتحمسين للأساليب الإسقاطية يتصرفون وكأن لديهم معايير (ولو كانت ضمنية) ، بحيث لا يبدو تقنين هذه المعايير ضرورياً . أما مشكلات البحث التي قد تواجه الأساليب الإسقاطية ، فهي مشكلات هائلة حقاً .

أما المعارضون ، فيرون أن التفسيرات المستنبطة من الأساليب الإسقاطية لا يمكن تقنينها ؛ فكل شخص فريد من نوعه ، وبالتالي ، فإن أية أوصاف معيارية ستكون مضللة حتماً . وهذا يعني أن هناك الكثير من التفاعل والتداخل ما بين جوانب الاختبار المختلفة ، مما يجعل أي تفسير معياري موحد أمراً محلاً بتلك الطبيعة الكلية للاختبارات الإسقاطية . وكما يقولون ، ورغم كل شيء ، فإن التفسير فن .

الثبات Reliability

وحتى تحديد درجة الثبات في الاختبارات الإسقاطية ، تبين أنها ليست عملية سهلة . فعلى سبيل المثال ، من المؤكد أنه من الصعب توقع قيام الفرد بإعطاء القصة نفسها على اختبار تفهم الموضوع (TAT) كلمة بكلمة في مناسبتين مختلفتين . ولكن ما حجم الفروق التي يمكن السماح بها بين القصتين؟ بالطبع ، يمكن للمرء أن يتجاوز جميع الاستجابات على الاختبار ، ويتعامل فقط مع ثبات التفسيرات التي يقوم بها الأشخاص الإكلينيكيون . لكن هذا قد يعني الخلط ما بين ثبات الاختبار وثبات المحكمين . كما أن ثبات إعادة الاختبار قد يتأثر بالتغيرات النفسية للفرد ، خاصة عند التعامل مع فئات المرضى . صحيح أن الإكلينيكيين قد يختارون الحصول على الثبات باستخدام صبر بديلة ، ولكن كيف يمكنهم الحكم أن هذه الصور البديلة من اختبار تفهم الموضوع (TAT) أو يقع الخبر ، ستكون مكافئة لها؟ حتى الثبات بالتجزئة النصفية يصعب التأكد منه ، وذلك نتيجة للصعوبة في إثبات تكافؤ نصفي كل اختبار .

الصدق Validity

ولأن الاختبارات الإسقاطية استُخدمت لأهداف عديدة ومتنوعة ، فليس هنالك جدوى كبيرة من طرح أسئلة عامة ، مثل : هل يتسم اختبار تفهم الموضوع (TAT) بالصدق؟ هل الرورشاخ اختبار جيد للشخصية؟ بل ينبغي أن تكون الأسئلة أكثر تحديداً ، كأن نسأل : هل يتنبأ اختبار تفهم الموضوع (TAT) بالعدوان في الموقف "أ"؟ هل ترتبط الدرجة "س" على اختبار الرورشاخ بالأحكام الإكلينيكية حول القلق؟

ومع إبقاء هذه المسائل بالاعتبار ، سننتقل الآن إلى مناقشة عدد من الاختبارات الإسقاطية الأكثر شهرة .

اختبار الرورشاخ The Rorschach

بالرغم من أن جذور اختبار الرورشاخ تعود إلى أوروبا ، إلا أن ما شهدته هذا الاختبار من تطور وتوسع لاحق كان في الولايات المتحدة (Exner, 1993) . ولعل التحرر من وهم الاختبارات



الموضوعية ، قد ساهم على الأغلب في هذا التطور (Shneidman,1965) . ويمكن القول إن النهضة التي شهدتها الحركة السيكدينامية والتحليلية ، إضافة إلى هجرة العديد من مؤيديها من أوروبا إلى الولايات المتحدة في الثلاثينيات من القرن العشرين ، كانت مؤثرات مهمة أيضاً .

أما الأمر الذي أربك العديدين ، وربما عرقل الجهود الرامية لبيان ثبات اختبار الرورشاخ وصدقه ، فهو حقيقة وجود عدة مناح في النظر إلى هذا الاختبار . فعلى سبيل المثال ، في الماضي قام كل من كلوبفر وبيك وهيرتز وبيوتروفسكي ورايپورت ، بتقديم نظامه الخاص باختبار الرورشاخ (Exner,1993) . وقد اختلفت هذه الأنظمة عن بعضها ، من حيث أسلوب تطبيق الاختبار ، وتصحيحه ،

وتفسير نتائجه ، وكذلك التعليمات التي تعطى للمفحوصين . مما أدى إلى ظهور العديد من المشكلات في تفسير نتائج الأبحاث ، وفي التعميم من دراسة إلى أخرى . إضافة إلى ذلك ، فقد اكتشف إكسندر وإكسندر (Exner&Exner,1972) في دراسة مسحية أجريها ، أن 22٪ من الإكلينيكين الذين شملهم المسح لم يقوموا بتصحيح الاختبار رسمياً قط ، وأن 75٪ منهم أقرروا أنهم عندما يستخدمون نظاماً للتصحيح ، فإنهم كانوا يختارونه وفق مزاجهم إلى حد كبير . على أية حال ، فقد أصبح في الوقت الحالي لزاماً على الباحثين -كمطلب لنشر الأبحاث- تصحيح اختبار الرورشاخ بطريقة منظمة ، وبيان درجة كافية من الاتفاق بين المصححين (Weiner,1991) . وكحد أدنى ، أصبحنا نتوقع أن يتشابه تصحيح استجابات الرورشاخ إذا ما تم من قبل مُقيمين مستقلين .

وصف الرورشاخ Description

يتكون اختبار الرورشاخ من 10 بطاقات ، تعرض أشكالاً مختلف من بُقع الحبر المتماثلة من اليمين إلى اليسار : خمسة من هذه البطاقات باللونين الأبيض والأسود (مع ظلال رمادية) ، والخمسة الأخرى ملونة . وهناك بطاقة تماثل بطاقات الرورشاخ بينها الشكل 2-8 .

التطبيق Administration

هناك أساليب متنوعة في تطبيق اختبار الرورشاخ . على أية حال ، بالنسبة للعديد من الإكلينيكين ، تسير العملية كما يلي : يعطي الإكلينيكي البطاقة الأولى للمريض ، ويقول له :

"أخبرني بما تراه في هذه البطاقة : ماذا يمكن أن يكون معناها بالنسبة لك . ليست هناك إجابة صحيحة أو خاطئة . فقط أخبرني بما يبدو لك" . ويتم إعطاء المفحوص جميع البطاقات اللاحقة بالترتيب . وأثناء ذلك ، يقوم الأخصائي الإكلينيكي بتسجيل كل ما يقوله المريض حرفياً ، بما في ذلك الفترة الزمنية التي استغرقها المريض في تقديم الاستجابة الأولى لكل بطاقة ، إضافة إلى الزمن الكلي الذي استغرقته الإجابة على كل بطاقة . بعض المرضى يعطي العديد من الاستجابات على كل بطاقة ، بينما تكون استجابات بعضهم الآخر قليلة جداً . كما يقوم الإكلينيكي بملاحظة وضعية البطاقة عند كل استجابة عليها (معتدلة ، مقلوبة ، أو جانبية) . هذا إضافة إلى تسجيل أية تعليقات عفوية ، أو علامات استغراب .

بعد انتهاء مرحلة الأداء ، ينتقل الأخصائي الإكلينيكي إلى مرحلة الاستفسار أو الاستقصاء . وهنا يتم تذكير المريض بجميع استجاباته السابقة ، واحدة تلو الأخرى ، ويُسأل عما أوحى له بكل استجابة منها . كما يُطلب إلى المريض تحديد المكان الذي تغطيه استجاباته المختلفة على كل بطاقة ، والمحددات الأخرى التي استخدمها المفحوص . وهذا الموقف هو أيضاً فرصة يمكن للمريض فيها أن يثري استجاباته ، وأن يتوسع فيها أو يوضحها .

التصحيح Scoring

بالرغم من تباين طرق تصحيح اختبار الرورشاخ ، فإن معظمها يوظف ثلاثة محددات أساسية : المكان (Location) ، ويشير إلى المكان الذي استجاب إليه المريض في البطاقة : البقعة كاملةً ، جزء كبير ، جزء صغير ، الفراغ الأبيض ... إلخ . والمحتوى (Content) ، وهو يشير إلى طبيعة الموضوعات أو الأشياء التي يراها المفحوص في البطاقة (حيوان ، إنسان ، حجر ، ضباب ، قماش ... إلخ) . ثم هناك المحددات (Determinants) التي تعكس تلك النواحي التي أثارت استجابة المريض على البطاقة (شكل البقعة ، لونها ، بُنيتهَا ، الحركة الظاهرة ، التظليل ... إلخ) . وبعض الأنظمة تقوم أيضاً بتصحيح الاستجابات الشائعة والاستجابات الأصلية (وهذا عادةً ما يكون ذلك بناءً على التكرار النسبي لاستجابات معينة لدى الأفراد بشكل عام) . وحالياً ، فإن أكثر أنظمة التصحيح استخداماً هو نظام إكسнер الشامل (Exner's Comprehensive System) (Exner, 1974, 1993) . وبالرغم من أن تفاصيل هذا النظام ليست ضمن نطاق هذا الفصل (إذ يتم فيه حساب ما مجموعه 54 مؤشراً) ، فهناك عددٌ من المراجع المتاحة ، والتي تقدم تفاصيل هذا النظام الشامل (بما فيها كتاب إكسнер 1991, 1993) (Exner, 1991, 1993) .

ويشمل التصحيح الفعلي لاختبار الرورشاخ أموراً مثل جمع عدد المحددات ، وحساب نسبها بناءً على العدد الكلي للاستجابات ، وحساب نسبة مجموعة من الاستجابات إلى مجموعة أخرى غيرها (مثل حساب العدد الكلي للاستجابات الحركية مقسماً على عدد الاستجابات اللونية) . وفي

الحقيقة ، فإنه كثيراً ما يُفاجأ الشخص العادي عندما يعلم أن التصحيح الحقيقي والصحيح لاختبار الرورشاخ يُعنى بالمحددات النظامية ، أكثر بكثير من عنايته بالمحتوى الفعلي للاستجابات . على أية حال ، فالعديد من الإكلينيكين المعاصرين لا يهتمون بالتصحيح النظامي بتاتاً ، بل يفضلون الاعتماد بشكل أكبر على التسجيل غير الرسمي أو المنظم للمحددات . وتوضيح الحالة 1 و 2 قد يساعد على إعطاء فكرة حول ما يتضمنه تطبيق وتصحيح اختبار الرورشاخ .

حالة توضيحية لاختبار الرورشاخ 1

المفحوص هنا طالب جامعي "عادي" في الثامنة عشرة من عمره

| الاستجابة | الاستفسار | التصحيح |
|---|----------------------------|--|
| البطاقة 1 تبدو كسرطان أو كحيوان المخالب نجعلها تبدو كسرطان بحري | | DF + A (جزء كبير ، شكل جيد ، حيوان) |
| البطاقة 8 زهرة ما ، سوسنة على البتلات لها الشكل نفسه ، الأرجح | وكذلك الألوان على ما اعتقد | W FC PI (البطاقة كاملة ، شكل مستوحى من اللون ، ثبات) |

حالة توضيحية لاختبار الرورشاخ 2

المجموعة التالية من الاستجابات غير المصححة قدمتها امرأة عمرها 42 عاماً ، تم تشخيصها من قبل طبيب نفسي بـ "رد فعل القلق ، مزمن ، حاد" بعد مرورها بحادث صادم في منزلها . من المهم ملاحظة أنه تم التوصل إلى هذا التشخيص من خلال فحص جميع البيانات المتاحة ، وليس باستخدام الرورشاخ وحده .

| | |
|------------|--|
| البطاقة 1 | خفاش . (هل من شيء آخر؟) إنه على شبكة . |
| البطاقة 2 | اثنان من الدببة . |
| البطاقة 3 | لا أعرف . (ألا ترين أي شيء؟) عصفوران صغيران . |
| البطاقة 4 | يبدو كأنه قرو دب من نوع ما ، مشدود . |
| البطاقة 5 | قراشة . |
| البطاقة 6 | يبدو المنتصف كقاعدة مصباح ، أو كقاعدة مزمار . |
| البطاقة 7 | يبدو كأنها جزيرة . (هل من شيء آخر؟) سفينة في ميناء . ومركب من نوع ما . |
| البطاقة 8 | اثنان من الدببة يتسلقان شجرة . (هل من شيء آخر؟) لا . |
| البطاقة 9 | لا أعرف ماذا تشبه . |
| البطاقة 10 | تبدو كشيء رأيته في قاع المحيط . سكة جراد البحر . |

وفيما يلي اقتباس من تقرير الأحصائي الإكلينيكي: "يتسم أداء المريضة على اختبار الرورشاخ بأنه محدود وامتثالي. ويبدو أن استجاباتها متأثرة بعوامل القلق. كما أن لديها ميلاً واضحاً لتجنب تلك النواحي التي تشكل تهديداً في الاختبار (التي تفتقر للبناء)، وذلك من خلال إعطاء استجابات قليلة فقط، ومن خلال اللجوء إلى استجابات شائعة جداً أو استثائية. إن ميلها للاستجابات الحيوانية أو الجساد يشير إلى وجود اضطراب في العلاقات الاجتماعية، أو إلى وجود احتمال للانسحاب..

وكما لاحظنا سابقاً، فإن تفسير اختبار الرورشاخ قد يكون عملية معقدة. فالزيادة في استخدام المريض للمشكل قد يشير إلى الامتثال. كما أن وجود الأشكال الرديئة مع الاستجابات غير الاعتيادية قد يكون دليلاً على وجود الذهان. ويُقال إن اللون يرتبط بالناحية الانفعالية، وإذا لم يُرافقه شكل جيد، فهذا يدل على الاندفاعية. كما تم تفسير الاستخدام المفرط للفراغات البيضاء كمؤشر لخصائص المعارضة والتحدي، أو حتى الاضطراب السيكوباتي. ويشير استخدام جميع أجزاء بقعة الحبر إلى ميل للاهتمام بالكمال والتنظيم الجيد. أما الاهتمام الزائد بالتفاصيل فيرتبط بالنزعات الوسواسية أو السلوك القهري. إلا أن المحتوى مهم أيضاً. فرؤية حيوانات صغيرة قد تعني السلبية، والاستجابات التي تتضمن الدماء أو المخالب أو الأسنان أو أشكالاً مشابهة، قد تشير إلى العنف والعدوان. وحتى القيام بقلب البطاقة وفحصها من الخلف قد يُستنتج منه وجود حالة من الارتباك. على أية حال، من المهم للمقارئ أن يتعامل مع ما سبق على أنه مجرد أمثلة لتفسيرات محتملة أو افتراضات، وليس على أنها حقائق صادقة ومطلقة!

نختتم نقاشنا لاختبار الرورشاخ ببعض الملاحظات التقييمية. وكما ذكر سابقاً، فقد طور إكسнер (Exner, 1974, 1993) أكثر المناحي شمولية في تصحيح الرورشاخ. إذ يجمع نظامه عناصر من أنظمة تقييمية وضعها إكلينيكيون آخرون. وقد قدم إكسнер ومساعدوه قدراً كبيراً من البيانات السيكمومترية، ودلائل على ثبات إعادة الاختبار، ودراسات حول صدق البناء. وهو منحنى واعد ومبني على البحث، ويستحق أن ينال الانتباه الكافي من قبل الإكلينيكين الذين يستخدمون اختبار الرورشاخ. على أية حال، فمن المهم أيضاً أن نذكر أنه تم تحدي الكثير من دراسات الثبات والصدق التي قام بها إكسнер (Wood, Nezworski, & Lilienfeld, & Garb, 2003; Wood, 1996). أما الآن، فسنناقش النظرة الراهنة تجاه ثبات درجات الرورشاخ وصدقها.



أ.د. جون ي. إكسнер الابن

John E. Exner, Jr., Ph.D.

(قسم علم النفس - جامعة لونغ آيلند)

د. جون إكسнер هو أستاذ فخري في علم النفس في جامعة لونغ آيلند ، والمدير التنفيذي لمؤسسة أبحاث الرورشاخ (ورشات عمل الرورشاخ) . وربما كان أكثر ما يشتهر به د. إكسнер هو نظامه الشامل في تصحيح وتفسير درجات الرورشاخ . وهذا النظام هو أكثر الأنظمة استخداماً اليوم . فقد نشر د. إكسнер العديد من الكتب والمقالات وقصود من كتب حول تقنيات لتقييم في اختبار الرورشاخ وإضافة إلى تسميته عضواً شرفياً في عدد من المنظمات ، مثل الرابطة النفسية الأميركية (APA) والجمعية النفسية الأميركية ، فقد تم تكريمه أيضاً بجوائز الإسهام المتميز من جمعية تقسيم الشخصية والرابطة النفسية الأميركية . وقد قدم د. إكسнер الإجابات التالية عن أسئلتنا المتعلقة بخلفيته وتوقعاته المستقبلية للتقسيم .

ما الذي أثار اهتمامك ابتداءً بميدان علم النفس الإكلينيكي؟

ربما بدأ اهتمامي بعلم النفس الإكلينيكي أثناء دراستي لمساق علم نفس الشواذ الذي التحقت به في سنتي الجامعية الثالثة . في ذلك الحين ، كان تخصصي مزدوجاً في الحقوق وعلم النفس . صف لنا الأنشطة التي تقوم بها كأخصائي إكلينيكي .

في الوقت الحالي ، أنا شبه متقاعد ، وأكرس معظم عملي للبحث في قضايا تتعلق بتقييم الشخصية والفروق الفردية .

ما هي مجالات تخصصك الدقيق أو اهتماماتك؟

تقييم الشخصية ، التخطيط للعلاج ، وتقييم العلاج .

ما هي التوجهات المستقبلية التي تتوقعها لعلم النفس الإكلينيكي؟

أجد أنه من الصعب التنبؤ بالكثير فيما يتعلق بعلم النفس الإكلينيكي ، إلا أنني أؤمن بأنه ميسر وبالتدرج ، مزيداً من الأبحاث المتعلقة بفعالية العلاج النفسي في علاقته بالفروق بين الأفراد .

ما هي التوجهات المستقبلية التي تتوقعها للأبحاث حول اختبار الرورشاخ؟

أعتقد بأن أبحاث الرورشاخ ستتركز بشكل أكبر على ثلاث مجالات أساسية : (1) تطوير المعلومات المتعلقة بخصائص مشيرات بقع الحبر ، (2) الاهتمام بأنماط الإجابات في تكوين الدليل التفسيري لبيانات اختبار الرورشاخ والتوسع فيه ، و(3) دراسة متغيرات الرورشاخ للتنبؤ عن الخصائص المختلفة للشخصية التي لا ترتبط مباشرة بالمرض النفسي ، مثل الودية أو المثالية أو الطموح .

لقد شكك الأخصائيون الإكلينيكيون المهتمون بالبحث ، بمدى ثبات الدرجات على اختبار الرورشاخ لسنوات طويلة (Wood et al., 2003) . وكما ذكرنا سابقاً ، وعلى المستوى الأساسي الأولي ، يُفترض أن يكون المرء على ثقة بأن الاستجابات على هذا الاختبار يجب أن تحظى بثبات المحكمين . وإذا لم يكن بالإمكان تصحيح ذات الاستجابات بطريقة متشابهة من قبل مقيمين مختلفين باستخدام نظام تصحيحي واحد ، فسيصبح من الصعب تخيل أية فائدة لهذه الأداة في مواقف التنبؤ الإكلينيكي . لسوء الحظ ، فإن مدى ما تحققه أنظمة تصحيح الرورشاخ من معايير مقبولة ، تلبي متطلبات هذا النوع الأساسي والمباشر من أنواع الثبات ، ما يزال مثيراً للخلاف . على سبيل المثال ، وفي حوارٍ ساخن ، بصرح ماير (Meyer, 1997a, 1997b) أن الدلائل تشير إلى وجود مستوى "ممتاز" من الثبات بين المقيمين لنظام تصحيح إكسبر ، إلا أن وود ونيزورسكي وستيجسكال (Wood, Nezworski, & Stejskal, 1997) ظلوا دون اقتناع بتحليلاته ونتائجها الحديثة حول ثبات الاختبار .

وبالرغم من أهمية التصدي للثبات بين المصححين ، إلا أنه ينبغي علينا أيضاً أن نقيم مدى اتساق درجات الفرد عبر الزمن ، أو عبر شروط الاختبار ، إضافةً إلى الثبات في تفسير هذه الدرجات . ويرى واينر (Weiner, 1995) أن إعادة الاختبار بشكل متكرر (حتى ولو بشكل يومي) أمرٌ ممكن ، لأن "البُنية الأساسية والموضوعات التي تشكل بؤرة البيانات على اختبار الرورشاخ ، تميل إلى البقاء كما هي" (ص. 335) . على أية حال ، لا نعرف بوجود كمٍّ هائل من الأبحاث التجريبية التي تدعم استقرار الدرجات النهائية لاختبار الرورشاخ ، إلا أن الأدلة المحدودة المتاحة تدعم بالفعل استقرار الدرجات التي يُعتقد أنها تعكس نزعاتٍ هي أقرب إلى السمات (Meyer, 1997a, Weiner, 2002) ، ولكن مع ذلك ، تبقى هناك حاجةٌ للمزيد من الأدلة للإجابة عن هذا السؤال .

ويُعدّ الثبات في تفسيرات الإكلينيكين غايةً في الأهمية . فهذا النوع المهم والمُهمل من الثبات يُعتبر حاسماً بالنسبة لمقاييس مثل الرورشاخ . وبالتالي ، فمن المرجح لاثنين من الإكلينيكين تم تدريبهما معاً لعدة سنوات ، أن يحققا ثباتاً في تفسيراتهما للرورشاخ . ولكن ماذا عن اثنين من الإكلينيكين لم يحصلوا على مثل هذا التدريب المشترك؟ إن انتشار أنظمة التصحيح الرسمية ، مصحوبةً بميل الكثير من الإكلينيكين لاستخدام مناحٍ تفسيرية حرة ، يجعل من حساب هذا النوع من أنواع الثبات أمراً صعباً .

أما بالنسبة لصدق الدرجات على اختبار الرورشاخ وتفسيراته ، فهناك العديد من الشواهد التي ظهرت على مر السنين . فعندما يتكلم إكلينيكيون من ذوي الخبرة والمهارة لصالح أداة ما ، فإن العاملين في الميدان يستمعون إليهم . ولكن في مرحلة من المراحل ، يجب أن تفسح مثل هذه الشهادات مجالاً للأدلة الحاسمة . ومن خلال مراجعة ذلك الكم الهائل من الأبحاث المتعلقة باختبار الرورشاخ ، يبدو واضحاً أن الاختبار لم يكن بالدرجة نفسها من الصدق في جميع الأحوال التي استُخدم من أجلها . وفي الحقيقة ، ليست المشكلة فيما إذا كان الرورشاخ صادقاً أم لا ، وإنما في تمييز تلك الأحوال التي يكون فيها هذا الاختبار مفيداً ، وتلك التي لا يكون فيها كذلك . ولسنوات عديدة ، استُخدم الإجراء الذي يتضمن تفسير اختبار الرورشاخ بمفرده ، ودون أية معلومات أخرى تقريباً حول المريض ، وذلك كوسيلة لتقييم صدق الاختبار . وحتى عندما كان يتم إخضاع استجابات الرورشاخ للتحليل بهذه الطريقة ، فإن هذا لم يبلغ تماماً إشارات أخرى كانت تظهر عادة . فعلى سبيل المثال ، قد يتم دمج استجابات أفراد في العاشرة من عمرهم على الرورشاخ مع استجابات أولئك الذين يبلغون الخامسة والستين من العمر ، في دراسة واحدة . وأحياناً قد تُرسل هذه الاستجابات إلى مدرّسين سابقين أو أصدقاء ؛ وذلك في محاولة لزيادة احتمالات رفع مستوى الاتفاق . وفي هذه الحالة ، فإن مجرد المعرفة بأن الاستجابات قادمة من المستشفى "س" ، ربما يعطي دلائل مهمة حول طبيعة المرضى .

وقد استخدمت دراسات أخرى أسلوب المطابقة (وخاصةً مطابقة الرورشاخ مع تاريخ الحالة) في تقييم صدق تفسيرات الاختبار . على أية حال ، هناك أيضاً مشكلات تواجه مثل هذه الدراسات . فالمطابقة الصحيحة قد تكون نتيجةً لمتغير أو اثنين فيهما انحراف واضح . بالتالي ، فما الذي تحقّق صدقه بالفعل ؟ هناك حالات كان يُطلب فيها من الشخص الذي قام بتطبيق الاختبار ، أن يطابقه مباشرةً مع تاريخ الحالة . وهكذا ، يمكن تحديد المطابقة الصحيحة من خلال استرجاع الخصائص التي تمت ملاحظتها لدى المريض أثناء تطبيق الاختبار .

وعلى الرغم من كل الأسئلة التي أثيرت حول صدقه ، فقد وضعت بعض الدراسات المسحية اختبار الرورشاخ في مكانة مفضّلة (e.g., Atkinson, 1986; Parker, 1983; Parker et al., 1988) . ففي مسح واسع لدراسات الرورشاخ ، وجد باركر وزملاؤه (1988) أن متوسط معاملات الصدق عبر المقاييس المختلفة لهذا الاختبار يساوي 0.41 . كما وجدوا أن الثبات بين المحكمين والثبات بإعادة الاختبار كان في أواسط مدى الدرجة 0.80 . ومع ذلك ما يزال كثيرون ينتقدون نوعية الدراسات الفردية التي استُشهد بها في دعم صدق درجات الرورشاخ (e.g. Wood et al., 1996; Wood et al., 2003) . والأمر الذي قد يكون أكثر أهمية ، هو ما توصّلت إليه دراسة حديثة قامت بإعادة تحليل

الدراسات التي تضمنتها دراسة باركر وزملائه (1988) من نتائج مختلفة . حيث قام چارب وزملاؤه (Garb et al., 1998) باستخدام البيانات المتضمنة في الدراسات التي راجعها باركر وزملاؤه نفسها ، فتوصلوا إلى مؤشرات صدق متدنية بصورة ذات دلالة للدرجات على الرورشاخ (معامل الصدق = 0.29 مقابل معامل الصدق السابق = 0.41) . كما وجدوا أن التقديرات المعدلة والمصححة لصدق الاختبار كانت أدنى بصورة دالة من اختبار مينيسوتا (MMPI) (0.48) . هذه النتائج ، إضافة إلى النتائج التي فشلت في دعم الصدق التزايدي للدرجات على اختبار الرورشاخ (Archer & Krichnamurthy, 1997; Garb, 1984, 1998) قادت الكتاب والباحثين إلى "التوصية بعدم التركيز كثيراً على التدريب على استخدام اختبار الرورشاخ" (ص . 404) . ويبقى أن نرى فيما إذا كانت برامج علم النفس الإكلينيكي ستستجيب لهذا النداء في المستقبل .

ويستمر الجدل حول فائدة اختبار الرورشاخ في التقييم الإكلينيكي (Meyer, 1999, 2001; Wood et al., 2003) . فالمؤيدون (Stricker & Gold, 1999; Viglione, 1999; Viglione & Hilsenroth, 2001; Weiner et al., 2002) يزّون أن هذا مفيد عندما ينصبّ التركيز فيه على الوظائف اللاشعورية ، وأنماط حل المشكلات لدى الأفراد . أما المعارضون فما يزالون يشككون بالفائدة الإكلينيكية له (Hunsley & Bailey, 1999, 2001) أو صدقه التزايدي (Dawes, 1999; Garb, 2003) .

"أسلوب" بقع الحبر في اختبار الرورشاخ 'Rorschach Inkblot Method'

يرى واينر (Weiner, 1994) أن أفضل فهم لاختبار الرورشاخ هو اعتباره طريقة أو "أسلوباً" لجمع البيانات ، وليس اختباراً :

إن الرورشاخ ليس اختباراً ؛ لأنه لا يختبر شيئاً . فالاختبار يهدف إلى قياس ما إذا كان شيء ما موجوداً أم لا ، وبأي قدر ولكن مع الرورشاخ ، والذي تم تصنيفه تقليدياً على أنه اختبار للشخصية ، فإننا لا نقوم بقياس ما إذا كان للناس شخصية ما أم لا ، أو كم من الشخصية لديهم (ص . 499) .

هنالك عدة أبعاد أو مضامين تتبع هذا التوجه . أولاً ، يرى واينر أن البيانات التي يتم الحصول عليها بأسلوب الرورشاخ يمكن تفسيرها من خلال عدة آراء نظرية . فهذه البيانات تشير إلى الأسلوب الاعتيادي الذي يلجأ إليه الفرد في حل المشكلات أو اتخاذ القرارات (عملية البناء المعرفي) ، كما تشير إلى المعاني المرتبطة بهذه المدركات (عمليات الربط) . ويسمّي واينر ذلك بالنظرة "الشمولية" إلى الرورشاخ ؛ لأن هذا الأسلوب يزودنا ببيانات تتعلق ببنية الشخصية ودينامياتها . ووفقاً لما يقوله واينر ، فإن هناك بعداً ثانياً عملياً ، وهو النظر إلى الرورشاخ باعتباره أسلوباً أو منهجاً يتيح للمرء

استخدام سائر أوجه البيانات التي تم الحصول عليها ، مما يقودنا إلى تقييم تشخيصي أكثر عمقاً وشمولية .

إن تأثير هذه الصياغة الجديدة لمفهوم الرورشاخ ، ومدى نجاعتها ، ما يزال رهن المستقبل . على أية حال ، فإننا ما نزال بحاجة إلى المزيد من الأدلة التجريبية التي من شأنها أن تدعم جدوى البيانات المنبثقة عن هذا الأسلوب الجديد ، وإلى صدقها التزايد ، وذلك قبل البدء بتأييد استخدامه الروتيني في المواقع الإكلينيكية .

اختبار تفهم الموضوع (TAT) The Thematic Apperception Test

تم تطوير اختبار تفهم الموضوع (TAT) على يد مورجان وموراى (Morgan & Murray) عام 1935 ، وذلك بهدف الكشف عن خصائص الشخصية الأساسية للمريض ، من خلال تفسير نتائج تخيلاته في استجابته لسلسلة من الصور . وبالرغم من أن الاختبار مُصمم للكشف عن الدوافع والصراعات الأساسية ، والاتجاهات والأهداف والنزعات المكبوتة ، إلا أنه فعلياً يزودنا بكل هذه الأمور ، إضافةً إلى المؤثرات الموقفية والأنماط الثقافية ، وغيرها من البيانات مهما بدت تافهة . وتكون وظيفة الإكلينيكي هنا ، فصل الغث من السمين .

يستخدم معظم الإكلينيكين اختبار تفهم الموضوع (TAT) كأسلوب للاستدلال على الحاجات النفسية (الإنجاز ، الانتماء ، الاعتمادية ، الشعور بالقوة أو السيطرة ، الجنس ، إلخ) ، وللكشف عن طريقة تفاعل المريض مع البيئة . وبالعكس الرورشاخ ، فإن اختبار تفهم الموضوع (TAT) يُستخدم للاستدلال على محتوى الشخصية وأنماط التفاعل الاجتماعي . وباستخدام هذا الاختبار ، يمكن للأخصائيين الإكلينيكين التوصل إلى أحكام محددة ، مثل : " يشعر هذا المريض بالعدوانية تجاه رموز السلطة ، ومع ذلك يسعى وراء مودتهم واستحسانهم " . ويُستخدم اختبار تفهم الموضوع (TAT) لغايات تقييم درجة سوء التكيف ، وذلك بدرجة أقل من استخدامه للكشف عن بؤر المشكلات ، أو طبيعة الحاجات ، أو نوعية العلاقات بين-شخصية .



الوصف Description

يتكون اختبار تفهم الموضوع (TAT) من 31 بطاقة (إحداها بطاقة بيضاء)؛ تُمثل في معظمها صوراً لأشخاص في مواقف مُختلفة، بينما قلةٌ منها تحتوي على أشياء فقط. بعضها يُستخدم مع الصبيان والرجال، وبعضها مع الفتيات والنساء، بينما بعضها الآخر يُستخدم مع كلا الجنسين. ويقترح موراي اختيار 20 بطاقة من تلك البطاقات، لتطبيقها على المفحوص الواحد. وكاختبار، لا يبدو اختبار تفهم الموضوع (TAT) غامضاً أو غير محدد البناء كما هو الحال في الرورشاخ. على أية حال، فبالرغم من أن الأشكال الموجودة في الصور قد تكون شخوصاً واضحة، لكن الجندر فيها لا يكون واضحاً دوماً، وليس واضحاً من يكون هؤلاء الأشخاص، أو ماذا يفعلون، أو بماذا يفكرون. ويبين الشكل 3-8 إحدى بطاقات اختبار تفهم الموضوع (TAT).

التطبيق Administration

في نطاق الممارسة، يقوم الأخصائيون الإكلينيكيون عادةً باختيار ما بين 10 و 12 بطاقة، ليتم تطبيقها على المريض الواحد. وبالرغم من أن الصيغة المحددة للتعليمات تختلف من إكلينيكي لآخر، إلا أنها غالباً ما تكون على النحو التالي: "الآن، أريد أن أعرض عليك بعض الصور، وأريد منك أن تحكي لي قصة حول كل صورة من هذه الصور. أخبرني من هم هؤلاء الأشخاص، وماذا

يفعلون ، وهم يفكرون أو يشعرون ، وما هي الأحداث التي قادتهم إلى هذا الموقف المبين في البطاقة ، وما النتيجة التي ستزول إليها هذه الأحداث ، اتفقنا؟" . ومن المفيد أن يتم نقل ما يقوله المفحوص حرفياً من قبل الإكلينيكي (أو بمسجل صوتي أحياناً) وفي بعض الأحيان ، قد يُطلب من المريض أن يكتب قصصه ، إلا أن هذا قد تنجم عنه كتابة قصص أقصر من المعتاد .

التصحيح Scoring

هناك العديد من أساليب التصحيح التي ظهرت على مر السنين (Exner, 1983; Lilienfeld, 1965; Wood, & Garb, 2000; Shneidman, 1951). ويعتقد معظم الإكلينيكيين أن أنظمة التصحيح الكمية من شأنها أن تؤدي إلى تشويه الأدلة المفيدة إكلينيكيًا أو ضياعها ، وينصحون باستخدام مثل هذه الأنظمة لأهداف البحث فقط . ومما يثير الاهتمام أن اختبار تفهم الموضوع (TAT) لم يحدث أن تعرض للنقد على نحو عنيف كما حدث مع الرورشاخ . ولعل ذلك يعزى إلى حقيقة عدم الاهتمام بتصحيح اختبار تفهم الموضوع (TAT) أو التركيز عليه ؛ وبالتالي فمن الصعب القيام بدراسات تجريبية ، ثم تفشل في دعم أنظمة تصحيح قليلة الاستخدام .

ويوضح المثال التالي عدداً من أشكال اختبار تفهم الموضوع (TAT) ، والتفسيرات أو التحليلات المستنبطة منها . وهي استجابات حرفية للمرأة نفسها البالغة من العمر 42 عاماً ، والتي تم وصفها في توضيح الحالة 2 في الجزء المتعلق بالرورشاخ .

حالة توضيحية لاختبار تفهم الموضوع

البطاقة 3 م ب يبدو كولد صغير يبكي لشيء ، لا يستطيع الحصول عليه . (لماذا يبكي؟) ربما لأنه لا يستطيع الذهاب إلى مكان ما .

(ما الذي سيحدث؟) ربما سيجلس هناك وسيستحب إلى أن ينام .

البطاقة 3 ج ف يبدو أن حبيبها ربما هجرها . لقد أدت مشاعره . لقد أغلق الباب عليها . (ماذا قال لها؟) لا أعرف .

البطاقة 9 ج ف تبدو الفتاة وكأن شخصاً هرب وتركها . إنها جاهزة للذهاب إلى حفلة راقصة . وهناك خادمة تراقبها لترى إلى أين

هي ذاهبة . (لماذا هرب؟) على الأرجح لأنها لم تكن جاهزة في الوقت المحدد .

البطاقة 10 يبدو أن هنالك أسى هنا . حزنٌ على شيء ما . (على ماذا؟) يبدو أنه ربما توفي واحدٌ من الأطفال .

البطاقة 13 م ف يبدو أن زوجته قد توفيت ، وهو يشعر بأنه لا يستطيع فعل شيء آخر .

البطاقة 20 يبدو كرجل يستعد لسرقة شيء ما ، يختبئ وراء سياج من نوع ما . إنه يضع يده في جيبه مسكاً مسدساً جاهزاً للإطلاق إذا ما خرج شخصٌ ما .

وفيما يلي اقتباس من تقرير لأخصائي إكلينيكي قدم هذا التحليل : "أثار اختبار تفهم الموضوع (TAT) استجابات تدل وبصورة موحدة على الشعور بعدم السعادة أو التهديد أو سوء الحظ ، أو فقدان السيطرة على القوى البيئية . ولم تتضمن أي هذه الاستجابات ما يشير إلى الشعور بالرضا أو النهايات السعيدة وما إلى ذلك . وفي هذا الاختبار ، كما في الرورشاخ ، فالاستجابات الضعيفة والمحدودة تدل على القلق والاكتئاب . . . وباختصار ، تشير نتائج الاختبار إلى شخص قلق ومكتئب في الوقت نفسه . كما أن لشعور بعدم الأمان وعدم الكفاءة وفقدان السيطرة على القوى البيئية يبدو واضحاً . وينجم عن هذه العوامل أداء مقيد وموجه بشكل كبير نحو تجنب التهديد ، وإعاقة لعملية حشد وتسخير الطاقة الكافية للقيام بالأداء الأمثل ."

لقد جمع ليندزي وزملاؤه (Lindzey, Bradford, Tejessy, Davids, 1959) معجماً من التعميمات التأويلية التي يمكن التوصل إليها من خلال قصص اختبار تفهم الموضوع (TAT) ، وذلك بناءً على مسح لحوالي 200 مقال منشور . حتى أن المجلد الذي يحتوي التفسيرات الممكنة لاختبار تفهم الموضوع (TAT) والمستمدة من إشارات قصصية مختلفة ، هو مجلد هائل حقيقةً . الأمر الذي يوضح صعوبة تقييم صدق هذا الاختبار . وتتساءل بالتحديد ، الصدق بالنسبة لإم؟ فيما يلي بعض التعميمات التفسيرية المقتطفة من مؤلفات ليندزي وزملائه (Lindzey et al., 1959) .

يتم التعرف على أعراض البارانويا من خلال : الجمل النمطية الجامدة المستخدمة عبر السجل المرضي . (Rappaport, 1946, p.449) .

يتم التعرف على القلق من خلال : . . . المواقع التي تركز فجأةً على الحوادث الجسدية والصدمات الانفعالية ، مثل فقدان الزوجة أو الأم أو الابنة ، أو فقدان الوظيفة أو احتراق المنزل أو انخفاض سعر الأسهم (Rotter, 1946, p.88) .

يتم التعرف على الاعتمادية عند المراهقين من خلال : . . . ثلاث إشارات أو أكثر إلى فرد واحد أو أكثر من أفراد الأسرة (Symonds, 1949, p.87) .

الأفراد الذين يعانون من مشكلات جنسية قد : . . . يتجنبون الصورة المعلقة على الحائط في الصورة 4 ، أو يرفضون مناقشة ما يتعلق بالمرأة العارية في الصورة 13 (Stein, 1948, p.42) .

لسوء الحظ ، فإن هذه الاحتمالات لم تحظ نسبياً إلا بالقليل من البحث . إضافةً إلى ذلك ، فلننا لا نعلم بوجود أية أبحاث تشير إلى أن المعلومات التي يتم الحصول عليها بواسطة اختبار تفهم الموضوع (TAT) ترتبط بصورة دالة بنتائج العلاج . وإذا أخذنا بعين الاعتبار قدرة الاختبار في التعرف على الأساليب البين شخصية التي قد تؤثر على الاختبارات المتعلقة بالتوجه العلاجي للأخصائي الإكلينيكي ، فسيكون هذا الأمر مفاجئاً إلى حد ما .

وكما هي الحال في عرضنا للرور شاخ ، فلنختتم هذا الجزء بتقييم مختصر لاختبار تفهم الموضوع (TAT) . إنه لمن الصعب بمكان تقييم ثبات هذا الاختبار وصدق بطريقه رسميه منظمة (Lilienfeld et al., 2000) . فهناك الكثير من التباين في إعطاء التعليمات ، وطرق التطبيق ، وعدد البطاقات المستخدمة ، ونوع نظام التصحيح (إذا ما استخدم) ، مما يجعل التوصل إلى استنتاجات حاسمة أمراً مستحيلاً بالفعل . وتظهر المسائل المنهجية نفسها عند دراستنا للثبات . فقد تمنعنا التغيرات الشخصية مثلاً من التوصل إلى أية استنتاجات حول ثبات إعادة الاختبار ، أو قد نجد صعوبة في التأكد من الصور المتكافئة إذا ما حاولنا تقييم ثبات الأشكال البديلة . ومن الممكن البحث في ثبات المواضيع والقصص ، ولكن طالما لا يمكننا أن نتوقع تماثلاً كلياً بين مناسبة وأخرى ، فعندها سنصبح حقيقة أمام ثبات من نوع آخر ، وهو ثبات تفسيرات المحكمين . أما عندما تكون لدينا تعليمات تصحيح واضحة ومستمدة من نظرية معينة (e.g., B.J.Fitzgerald, 1958) ، فإن الثبات بين المحكمين يمكن أن يصل إلى نسب مقبولة . كما يمكن تحقيق الثبات بين المحكمين عندما تكون هنالك تقديرات كمية (Harrison, 1965) . ولكن التفسيرات الفضفاضة والعامه قد تثير عدداً من المشاكل والصعوبات .

لقد جرت بعض المحاولات لإثبات صدق اختبار تفهم الموضوع (TAT) ، شملت الأساليب التالية : (أ) مقارنة تفسيرات الاختبار ببيانات عن الحالة أو بتقييمات المعالج للمريض ، (ب) مطابقة الأساليب والتحليلات المتعلقة بمحاضر الجلسات ، دون أية معلومات إضافية حول المريض ، (ج) المقارنة بين التشخيصات الإكلينيكية المستمدة من اختبار تفهم الموضوع (TAT) وأحكام الأطباء النفسيين ، و(د) إثبات صدق بعض المبادئ العامة في التفسير (مثل ميل الشخص للتوحد مع بطل القصة ، أو احتمال وجود أفكار أو موضوعات غير عادية أكثر من تلك العادية أو الشائعة ، وبصورة دالة) .

في مراجعتهم للأبحاث ، بحثاً عن أدلة تدعم اختبار تفهم الموضوع (TAT) ، توصل ليلينفيلد وزملاؤه (Lilienfeld et al., 2000) إلى أنه برغم وجود دعم أولي بسيط لثبات بعض الدرجات على هذا الاختبار في قياس الحاجة إلى الإنجاز مثلاً ، أو علاقات الموضوع (object relations) ، إلا أنه من غير المؤكد ما إذا كان استخدام اختبار تفهم الموضوع (TAT) بشكل روتيني أمراً مضموناً . إذ لا توجد هناك معايير كافية لتصحيح درجات الاختبار ، والأهم من ذلك هو أن الإكلينيكين عادة لا يقومون بحساب الدرجات ، وإنما يميلون إلى الاعتماد على انطباعاتهم النوعية حول القصص التي يدلي بها المفحوص .

وبالتالي ، فإن الاستخدام الإكلينيكي المعتاد لاختبار تفهم الموضوع (TAT) يوحي أن هذا الاختبار يبقى أداة ذاتية بشكل أساسي . وبالرغم من إمكانية تحديد بعض المبادئ العامة في التفسير ، إلا أنها لن تشكل سوى مبادئ إرشادية ، لا وصفات دقيقة للتفسير . على أن التفسير الوافي يعتمد على بعض المعرفة بخلفية العميل . أي أن الإكلينيكي أثناء قيامه بفحص استجابات المفحوص على الاختبار ، عليه أن يولي اهتماماً لمدى تكرار ظهور بعض الموضوعات في قصص المفحوص ، وغرابة هذه القصص ، وطريقة تطور حبكة الأحداث فيها ، والإدراكات الخاطئة بها ، واختيار الكلمات ، والتوحد مع الشخصيات في تلك القصص ... إلخ . كذلك ، ربما يرغب الإكلينيكي في النظر عن كثب في طبيعة أبطال هذه القصص ، وطبيعة حاجاتهم وأهدافهم . كما أن المواقف التي يصفها المفحوص لها أهميتها أيضاً ، تماماً كأهمية الطابع الانفعالي العام للموضوعات في تلك القصص .

أساليب إكمال الجمل Sentence Completion Techniques

هناك تقنية ثابتة ونافعة جداً وبسيطة في الرقت نفسه ، وهي إكمال الجمل . وأكثر الاختبارات استخداماً وشهرةً بين هذه الأساليب هو اختبار روتر : إكمال الفراغات في الجمل الناقصة (Incomplete Sentence Blank-ISB) (Rotter, 1954; Rotter&Rafferty, 1950) . ويتكون هذا الاختبار من 40 جملة ناقصة ، مثل : "أنا أحب . . . " ، "ما يُضايقني هو . . . " ، "أتمنى أن . . . " ، و"معظم الفتيات . . . " . وكل استجابة لهذه الجمل يمكن تصحيحها على مقياس من 7 نقاط ، يكون بمثابة مؤشر عام للتكيف أو سوء التكيف (e.g., Jessor, 1963). ويتسم اختبار إكمال الفراغات في الجمل الناقصة بأنه متعدد الاستعمالات ، كما أن له أساليب تصحيح كثيرة لمختلف المتغيرات التي يتم تطويرها (e.g., Fitzgerald, 1958) .

وغني عن القول إن لاختبارات إكمال الجمل عدة إيجابيات . فالتصحيح فيها موضوعي وثابت ، ولعل ذلك يعود جزئياً إلى أمثلة التصحيح المكثفة التي يعرضها دليل الاختبار . كما أن الاختبار سهل واقتصادي ، ويعتبر أداة جيدة للفرز أو التصنيف . ورغم إمكانية تصحيحه بموضوعية ، إلا أنه يسمح بحرية كبيرة في الاستجابة . وبالتالي ، يأتي اختبار إكمال الفراغات في الجمل الناقصة ما بين طرفي بُعد الموضوعية-الإسقاطية . فهو يمثل منحىً مباشراً في القياس ، بحيث يتطلب مستوىً عالياً من التدريب ، كما هو الحال في الرورشاخ مثلاً . وقد ينزعج بعض الإكلينيكين من خلوّ هذا الاختبار نسبياً من التمويه . وربما لهذا السبب نلاحظ أن هذا الاختبار لا

يزودنا بمعلومات لا تستطيع المقابلة المكثفة أن تزودنا بها بدرجة معقولة . بمعنى أن اختبار إكمال الفراغات في الجمل الناقصة يزودنا بصورة معرفية وسلوكية للمريض بدلاً من تزويدنا بصورة "سيكودينامية" عميقة له .

الارتباط الوهمي Illusory Correlation

يعتمد تفسير الاستجابات على الاختبارات الإسقاطية بشكل كبير على خبرة أخصائي التشخيص النفسي . لقد تراكمت الملاحظات المتعلقة باستجابات معينة على الاختبار ، والتي يُفترض حدوثها بالتزامن مع خصائص نفسية معينة . ونتيجة لذلك ، "يتعلم" الإكلينيكي الربط بين هذه الاستجابات وخصائص معينة في الشخصية ؛ فتصبح هذه الاستجابات بمثابة "إشارات" على وجود تلك الخصائص الشخصية الكامنة . على أية حال ، فقد أخفق عدد كبير من الأبحاث في دعم معاني العديد من هذه الإشارات التشخيصية ودلالاتها . فعلى سبيل المثال ، وجد ليتل وشنايدمان (Little & Shneidman, 1959) أن أحكام بعض الأخصائيين الإكلينيكيين البارزين المبنية فقط على استجابات المرضى على الاختبارات الإسقاطية ، لم تكن بمستوى صدق أفضل بكثير من الأحكام القائمة على الصدفة . ويعتقد تشايمان وتشايمان (Chapman & Chapman, 1969) أن أحد أسباب هذا الأداء الضعيف يكمن في الميل إلى الاعتماد على الارتباطات الوهمية بين الاستجابات على الاختبار وخصائص الشخصية . وقد وجد أنه في حالة الرورشاخ ، يميل الإكلينيكيون إلى التركيز على تلك الاستجابات ذات الارتباط العالي بالمثلية الجنسية لدى الذكور . وبالتالي ، عندما يُلاحظون استجابات مفحوصين من الذكور على الاختبار مثل : "يبدو هذا كأنه رجل ينحني" ، أو "هذه فتحة شرجية" ، فإنهم سرعان ما يفترضون - ولكن خطأ - أنهم أمام دليل يمثل ميولاً جنسية مثلية . في الوقت نفسه ، نجد أنهم يتغاضون عن إشارات صادقة لها قوة ارتباطية متدنية ، مثل الوحوش ، أو الحيوانات البشرية (مثل مخلوق من دون رأس ، أو امرأة بجناحي فراشة) . وبالرغم من أن "التشخيص" بالجنسية المثلية لم يعد ذا صلة وثيقة بالممارسة الإكلينيكية المعاصرة ، على اعتبار أنه لا يندرج ضمن تصنيفات المرض النفسي أو العقلي (كما كان الأمر في الليل لتشخيصي الثاني لعام 1968) ، فالنقطة المهمة هنا هي أن الارتباطات الوهمية المبنية على القوة الترابطية قد تكون مصدراً قوياً للخطأ .

الصدق التزايدى للاختبار وفائدته Utility and Validity Incremental

وكما ذكر أثناء مناقشة اختبار مينيسوتا (MMPI-2) ، يشير الصدق التزايدى إلى درجة ما يضيفه إجراء ما إلى التنبؤ الذي يمكن الحصول عليه من مصادر أخرى (Hunsley & Meyer, 2003; Meehl & Rosen, 1955; Schrest, 1963) .

ولكي يكون الإجراء التقييمي ذا قيمة حقيقية ، ينبغي عليه أن يزود الإكلينيكين بمساهمة قيمة لا يمكنهم الحصول عليها من مجرد ملاحظة أو فحص النسب القاعدية (base rates) (نسب الانتشار) للفئة السكانية قيد الاهتمام . فإذا كان تقرير أحد الأخصائيين الإكلينيكين في مدرسة للإعاقة ، يقضي بتشخيص أحد المرضى بالإعاقة بناءً على درجاته على مقياس وكسلر للأطفال-4 ، فإن هذا بالكاد يشكل مفاجأة ، وذلك لأننا نعرف مسبقاً أن جميع من في مثل هذه المؤسسات العامة تقريباً يعانون من التخلف العقلي . ولكن إذا استطاع الاختبار أن يزود الأخصائي الإكلينيكي بأنماط حول قدرات المريض ، بحيث تساهم في تخطيط برنامج للتدريب المهني له ، فمن الممكن عندئذ أن نعزو بعض الصدق التزايدى إلى عملية الاختبار . كما أن اكتشاف أن الأرملة ذا السبعين عاماً "يواجه شعوراً عميقاً بالوحدة" بواسطة الرورشاخ ، بالكاد يعد إضافةً خارقةً للصدق التزايدى ، رغم أن هذا الاستنتاج قد يكون صحيحاً . وأيضاً ، فالجزء بأن ما أدلى به مريضٌ بالفصام من أفكار على اختبار تفهم الموضوع (TAT) يكشف عن صعوبات في التكيف ، أو القول إن استجابات الرورشاخ من قبل مريض معروف أنه مُصاب بالاكتئاب تشير إلى الكرب والحزن ، فإنها إن أضافت فلن تضيف إلا القليل للمعرفة الموجودة بالفعل ؛ وذلك على الرغم من أن ما قيل يبدو صحيحاً وعميقاً .

وفي مراجعة حديثة للدراسات التي تقيس الصدق التزايدى لمقاييس نفسية معروفة (Garb et al., 2003) ، تبين ما يلي :

- 1 . هناك عدة دراسات تدعم -بصورة غير نهائية- الصدق التزايدى لمقاييس اختبار مينيسوتا (MMPI-2) في التنبؤ باضطرابات الشخصية والعدوان ، وفي التمييز بين المريض المصاب بالاكتئاب والمريض المدمن على المخدرات .
- 2 . أظهرت الدرجات على قائمة نيو (NEO-PI-R) صدقاً تزايدياً وتنبؤياً في تقييم اضطرابات الشخصية ، والتجاوب الأمومي تجاه الرضع ، والعنف .
- 3 . تدعم الدراسات الصدق التزايدى لمقاييس الرورشاخ في اضطراب التفكير ، وهو أحد أوجه الذهان ، بينما هنالك قليل من الدعم للصدق التزايدى فيما يتعلق بدرجات الرورشاخ الأخرى .
- 4 . لم يتم البحث بشكل كافٍ في الصدق التزايدى لاختبار تفهم الموضوع (TAT) ، أو الرسومات الإسقاطية .
- 5 . هناك دعمٌ بسيط للصدق التزايدى لاختبار إكمال الجمل (sentence completion test) .

وفي النهاية ، ينبغي ملاحظة أن أية أداة تقييم مُعطاة ، يجب أن تبرهن على صدق تزايد يعلو على المقاييس الاقتصادية الأخرى (مثل قوائم التقرير الذاتي المختصرة) ؛ وذلك لتبرير استخدامها (Yates&Taub,2003) . وإلا فإن الجهد الإضافي المبذول للحصول على المعلومات نفسها يعد مضيعةً لوقت كلٍّ من الإكلينيكي والمريض على حدٍّ سواء .

استخدام الاختبارات وسوء استخدامها

The Use and Abuse of Testing

لطالما كان مجتمعنا مجتمعاً ذا توجهٍ اختباريٍّ . وسواءً كان الأمر يتعلق باختيار العاملين ، أو تقييم الذكاء ، أو قياس "الذات الحقيقية" ، فإن العديد من الأشخاص يلجؤون إلى الاختبارات . ويعود بعضهم إلى المجالات المشهورة (والى الإنترنت الآن) كمصدر لهذه الاختبارات ، بينما يقوم غيرهم باستشارة أخصائيين إكلينيكيين متمرسين . ولكن فضول الناس بشكل عام ، ومبالغتهم في التوقع فيما يتعلق بالاختبارات ، يبدو ثابتاً لم يتغير . وفي الكثير من الأحيان ، تؤدي مثل هذه التوقعات المبالغ بها إلى إساءة استخدام هذه الاختبارات .

والاختبارات النفسية تُعدّ تجارةً رائجةً . فالمؤسسات النفسية والتعليمية والتوظيفية تباع الآلاف من هذه الاختبارات كل عام . والكثير من أوجه حياتنا تتأثر بإجراءات التقييم بطرق كثيرة ، بحيث أصبحنا معتادين عليها ، وبالكاد نشير انتباهنا . فالقبول في الجامعة ، والتوظيف ، والإعفاء من الخدمة العسكرية ، والسُّجن ، والتبني ، والتخطيط للعلاج ، والمواعدة بالحاسوب ، والصفوف الخاصة ، كلها مجالات قد تعتمد على أداء الأفراد على مثل هذه الاختبارات . كذلك ، فإن أي مشروع يكبر بالحجم الذي يصبح فيه مؤثراً على مثل هذه الأعداد الكبيرة من الناس ، يستدعي منا تفحصاً دقيقاً بالتأكد .

الحماية Protections

تتطلب المعايير الأخلاقية للرابطة النفسية الأميركية (APA) من الإكلينيكي ألا يستخدم سوى التقنيات أو الإجراءات التي تكون ضمن نطاق كفاءته . وهذه المعايير الأخلاقية ، إضافةً إلى تنامي شهادات المصادقة من الولاية ومجالس الترخيص ، وشهادة الكفاءة المهنية التي يمنحها المجلس الأميركي لعلم النفس الاختصاصي ، كلها تلتقي لتزيد من احتمال حماية المصلحة العامة .

إضافةً إلى ذلك ، يقتصر شراء أدوات الاختبار من الناشر ، على الأفراد أو المؤسسات الذين يمكنهم إثبات كفاءتهم في تطبيق الاختبارات وتصحيحها وتفسيرها . ونتيجةً لذلك ، فإن بيع

الاختبارات ليس مطلقاً ، وإنما يعتمد على مؤهلات مستخدم الاختبار . وعلى أية حال ، لا التعليمات المهنية ولا قيود الناشر تكون فعالة تماماً . إذ نجد الاختبارات طريقها أحياناً إلى أيدي أشخاص يكونون موضع ريبة وشك . كما أن المعايير الأخلاقية ليست كافية أيضاً ، فمروءة الاختبار يتحملون شيئاً من المسؤولية أيضاً . كما يجب أن تكون البيانات المعيارية والتعليمات التطبيق والتصحيح متضمنة في دليل الاختبار . وبشكل عام ، ينبغي أن يحتوي الدليل على قدر كافٍ من البيانات ، بحيث يتيح للمستخدم فرصة لتقييم ثبات الاختبار وصدقه .

مسألة الخصوصية The Question of Privacy

يفترض معظم الأشخاص أن لهم الحق في الكشف عما يشاؤون من اتجاهات أو مشاعر أو تطلعات ، وبالقدر الذي يشاؤون . وبالطبع ، في ظل إجراءات تقييم دقيقة أو غير مباشرة ، لا يمكن للمفحوص دائماً أن يحكم بثقة تامة فيما إذا كانت استجابة ما مرغوباً بها . ولكن مهما كانت طبيعة الاختبار ، فلكل مفحوص الحق في الحصول على شرح وافٍ حول أهداف ذلك الاختبار وأوجه استخدام نتائجه .

وينبغي على الفاحص ألا يُخضع المفحوص سوى لتلك الاختبارات المتعلقة بأهداف التقييم . فإذا كان اختبار مينيسوتا (MMPI-2) مدرجاً في بطارية لاختيار الموظفين ، فالمسؤولية تقع على عاتق الأخصائي الإكلينيكي لشرح وتوثيق علاقة الاختبار بهذا الأمر (Camara&Merenda, 2000) . كما ويجب الحصول على موافقة الفرد المسبقة للقيام بإجراءات التقييم كاملة ، كما يجب إعلامه بكافة الخيارات المتاحة . وينطبق هذا الأمر حتى على الأشخاص الذين بادروا هم بالاتصال (مثل من سعى للخدمات الإكلينيكية بصورة تطوعية) .

مسألة السرية The Question of Confidentiality

تحتل المسائل المتعلقة بالثقة والسرية حيزاً كبيراً من الاهتمام في المجتمع الغربي . فبعد انتشار مؤسسات ومراكز معالجة المعلومات بالحاسوب ، وبنوك المعلومات الإلكترونية الضخمة ، أصبح من السهل على أية وكالة حكومية أن تصل إلى السجلات الشخصية المحفوظة في وكالة ما أو شركة . إذ أن شركات البطاقات الائتمانية ، ومكاتب الاستخبارات الفدرالية ، والمخابرات المركزية الأميركية ، ومصالح ضريبة الدخل ، وغيرها من المنظمات . . . ، تعمل على خلق مناخ لا يُحفظ فيه سرٌّ أو يُصان . وبالرغم من أن المعلومات التي تنكشف للأطباء النفسيين أو الأخصائيين الإكلينيكيين عادةً ما تتمتع بامتياز خاص وبحصانة ، إلا أن هذا لم يحل دون استمرار الاعتداءات على هذا الحق المتعلق بسرية المعلومات . فعلى سبيل المثال ، ينص قرار تاراسوف الصادر عن محكمة كاليفورنيا

العليا ، وبكل وضوح ، على أن المعلومات التي يدلي بها المريض في إطار العلاج النفسي ، لا يمكن أن تبقى سرية إذا كانت تشير إلى أن المريض يمكن أن يشكل خطراً . وإذا أصبحت "حرمة" غرفة العلاج أقل من محمية ، فمن المؤكد أن سجلات الموظفين وسجلات المدارس ، وغيرها من مستودعات حفظ الاختبارات ، ستكون أكثر عرضة للاختراق . كذلك الأمر بالنسبة للأخصائيين الإكلينيكين العاملين في مجال الصناعة ، الذين لا يستطيعون أيضاً ضمان خصوصية نتائج الاختبارات بصورة مطلقة . ويمكن للإكلينيكي أن يعلق وسط حرب بين الاتحادات النقابية والإدارات المختلفة حول دعاوى التظلم . إضافة إلى ذلك ، عندما يشترك الأشخاص في برامج للتأمين أو للمساعدات الطبية ، فإن تشخيصاتهم قد تُدرج أحياناً في سجلات الحاسوب ، التي قد تطلع عليها العديد من المؤسسات .

وعند اختبار فرد ما ، ينبغي بذل كل جهد ممكن لتوضيح أهداف الاختبار ، وأوجه استخدام نتائجه وبياناته ، والهيئات أو المؤسسات التي يمكنها الوصول إلى هذه البيانات . ويمكن البدء بعملية الاختبار ، حال تقديم المريض موافقته المكتوبة مسبقاً . على أية حال ، إذا أصبح من المرغوب به لاحقاً السماح لشخص آخر بالاطلاع على النتائج ، فينبغي أخذ الموافقة من المفحوص . ومن الواضح أن الكثير من العملاء لا يرغبون بالكشف عن السجلات المتعلقة بصحتهم النفسية ، وحتى عندما يقومون بالتوقيع على الموافقة المسبقة ، فعادةً ما يفعلون ذلك إما لخوفهم من فقدان الخدمات ، أو بسبب الطاعة المطلقة للسلطة .

مسألة التمييز The Question of Discrimination

منذ أن ظهرت حركة الحقوق المدنية ، تزايد وعي معظم الناس بالطرق التي أصبح المجتمع من خلالها يمارس التمييز ضد الأقليات ، بوعي أو من دون وعي . وفي مجال علم النفس ، تركزت الانتقادات على طرق تمييز الاختبارات النفسية ضد الأقليات . فعلى سبيل المثال ، لم يحتوِ التقنين الأصلي لاختبار ستانفورد-بينيه على عينات من الأفريقيين الأميركيين . ومنذ ذلك الحين ، نُشر العديد من الاختبارات التي تعرضت للمساءلة حول ما إذا كانت قد استخدمت عينات غير متحيزة عرقياً ، أم لا . وعادةً ما كانت تتهم غالبية الاختبارات النفسية بأنها مُصمَّمة في الواقع للأفراد البيض من الطبقة الوسطى ، وأن الفئات الأخرى يتم تقييمها بأدوات غير ملائمة لها .

أحياناً ، قد يكون مجرد عدم تعرض أفراد هذه الأقليات للاختبارات ومواقف الاختبار مصدراً رئيسياً للمشكلات . فغياب مثل هذه الخبرة ، ونقص الدافعية ، وعدم الارتياح لوجود فاحص من عرق آخر ، كلها أمور يمكن أن تؤثر على أداء هؤلاء الأفراد على الاختبارات النفسية . ويغلب أيضاً أن

تكون مواد الاختبار قد أُعدت بطريقة تنطوي على تحيز عرقي . فعلى سبيل المثال ، قد تصوّر بطاقات اختبار تفهم الموضوع (TAT) أشخاصاً من البيض ، أو قد تكون فقرات اختبار ما للذكاء غير مألوفة ، خاصة للأطفال من الأميركيين السود . والمشكلة هنا هي أن فقرات الاختبار نفسها ، أو طريقة تقديمها ، أو الظروف المحيطة بالاختبار ، قد تعمل ضد مصلحة الأفراد من الأقليات .

تحيز الاختبار Test Bias

من المهم أن نتذكر أن الفروق الدالة بين متوسطات الدرجات على اختبار أُعدت لفئات مختلفة ، لا تشير بذاتها أو في ذاتها إلى تحيز الاختبار أو تمييزه . بل إن هذه المسألة تتعلق بالصدق . أي إذا كان بالإمكان إثبات أن صدق الاختبار (كما هو الحال في التنبؤ بخصائص محك أو بأداء معين) يختلف بصورة دالة عبر المجموعات ، إذن يمكن اعتبار ذلك بمثابة دلالة على أن الاختبار "متحيز" لذلك الهدف . بكلمات أخرى ، يكون الاختبار متحيزاً بمدى التباين في دقة تنبؤه بمجموعة أكثر من أخرى .

ويمكن للمثال التالي أن يوضح هذه الاعتبارات . فلنفترض أن المؤلف قام بتطوير قائمة للشخصية تقيس سمة "العدائية" . وكجزء من مشروع التقنين ، اكتشف المؤلف أن درجات الرجال على هذه القائمة كانت أعلى بصورة دالة من درجات النساء . فهل هذا يشير إلى تحيز الاختبار؟ ليس بالضرورة . فقد وجد المؤلف في سلسلة من دراسات الصدق بأن العلاقة (معامل الارتباط) بين الدرجات على قائمة العدائية وعدد الشجارات اللفظية على مدى شهرين متتاليين كانت متشابهة لكل من الرجال والنساء . وبكلمات أخرى ، فإن معاملات الصدق التنبؤي للمجموعتين كانت متشابهة ؛ فدرجات العداء المتشابهة "تعني" الشيء نفسه للرجال والنساء (أي أنها تتنبأ بعدد متساو من الشجارات اللفظية) . ومن ناحية أخرى ، فمن الممكن أن تكون قوة الارتباط بين درجات العدائية والشجارات الجسدية خلال الشهرين التاليين أعلى لدى الرجال منها لدى النساء . وفي هذه الحالة ، فإن استخدام الاختبار للتنبؤ بالعدوان الجسدي لدى النساء قد يكون متحيزاً ، إذا كانت هذه التنبؤات مبنية على الارتباط المعروف بين درجات العدائية والشجارات الجسدية التي وُجدت لدى الرجال فقط .

ينبغي هنا أن نوضح عدداً من النقاط العامة . أولاً ، إن الفروق في درجات الرجال لا تشير بالضرورة إلى تحيز الاختبار . ففي المثال السابق ، قد تكون هنالك مبررات لارتفاع متوسط درجات الرجال مقارنةً بالنساء في قياس العدائية (كالفروق الهرمونية ، أو غيرها من العوامل الجسمية التي قد تؤدي إلى ارتفاع العدائية لدى الرجال) . وفي الحقيقة ، إن عدم وجود فروق في متوسط درجات

الرجال قد يدعو إلى التشكيك في صدق الاختبار في هذه الحالة . ثانياً ، إن إعلان شهرة اختبار ما على أنه "صادق" ، وإن تكرر ذلك في أدبيات علم النفس الإكلينيكي ، لهو أمر غير صحيح . إذ قد تكون الاختبارات صادقة (وليست متحيزة) لهدف ما ، بينما لا تكون كذلك لهدف آخر . وأخيراً ، يمكن للمرء أن "يتغلب" على تحيز الاختبار ، من خلال استخدام معادلات تنبؤية أخرى (وأكثر ملاءمة) للمجموعات المختلفة . بكلمات أخرى ، يظهر التحيز عندما يقوم الأخصائي الإكلينيكي بالتنبؤ المبني على الارتباطات التجريبية المتعلقة بصفات مجموعة أخرى (مثل الرجال) عدا المجموعة موضوع الدراسة (مثل النساء) . والهدف هو تحري إمكانية معرفة الصدق التمييزي ، واستخدام معادلة تنبؤية ملائمة - إن وجدت - لموازنة تلك المجموعة .

التقييم المبني على الحاسوب Computer-Based Assessment

لقد استخدم الحاسوب على مر السنين في تصحيح الاختبارات ، والتوصل إلى الصفحات النفسية . والآن ، تستخدم الحواسيب أيضاً في تطبيق وتفسير الاستجابات للمقابلات الإكلينيكية ، واختبارات الذكاء ، وقوائم التقرير الذاتي ، بل وحتى الاختبارات الإسقاطية (Buchanan, 2002; Snyder, 2000) . ومن مبررات استخدام الحواسيب : الحد من الكلفة ، والمحافظة على انتباه العميل ودافعيته ، وتقنين الإجراءات عبر الأخصائيين الإكلينيكين . على أية حال ، من المهم أن نتذكر أن أنظمة الحاسوب قد يُساء استخدامها بسهولة ، إما من قبل أولئك غير المؤهلين وقليلي التدريب ، أو أولئك الذين يصبغون على الحواسيب حصافةً وذكاءً يفوقان نوعية المعلومات المبرمجة فيها وفائدتها .

هذا ، ويشير الاستخدام المتزايد للتقييم النفسي بواسطة الإنترنت عدداً من القضايا (Buchanan, 2002) . أولاً ، هناك عدد قليل نسبياً من الدراسات التي تبين أن الاختبارات النفسية المبنية على الإنترنت وتلك التقليدية تتماز بذات الخصائص السيكمترية . فعلى سبيل المثال ، قد تكون الاختبارات عبر الإنترنت أقل ثباتاً أو صدقاً فيما يتعلق بتنبؤات معينة ، مقارنةً بنظيراتها من الاختبارات التقليدية . ثانياً ، قد يكون التقييم عبر الإنترنت عرضةً لعوامل مشوشة أو مُربكة ، مثل فقدان السيطرة على مواقف الاختبار ، أو المشتتات ، أو المشكلات التقنية . وكل تلك الأمور قد تعمل على جعل درجات الاختبار بواسطة الإنترنت أقل صدقاً . بالتالي ، من الضروري دائماً بيان صدق وثبات تلك الصورة من الاختبار النفسي عبر الإنترنت ، بدلاً من الافتراض بأن هذه الصفات يمكن تعميمها من قبل الاختبارات التقليدية (Buchanan, 2002) .

إن استخدام تفسيرات الاختبارات البنية على الحاسوب (computer-based test interpretations CBTIs) مسألة جدليةٌ خلافيةٌ أيضاً (e.g., Bloom, 1992; Fowler&Butcher.)

(1986; Matarazzo, 1986; Snyder, 2000). فهي تفسيرات فورية وجاهرة بمجرد إدخال درجات الاختبار إلى برنامج معين. ومع أن التفسيرات المبنية على الحاسوب تمتاز بالسرعة، وبالتقليل من الذاتية في اختيار تفسيرات الدرجات، والقدرة على الوصول إلى قاعدة بيانات واسعة، وعلى معالجة أنماط معقدة من الدرجات، إلا أن هنالك عدداً من المآخذ عليها أيضاً (Snyder, 2000). أولاً، هناك العديد من أنظمة التفسير المبنية على الحاسوب التي لم يتم التدقيق فيها بشكل كاف من منظور علمي، مما يؤدي إلى تفسيرات خاطئة. ثانياً، إن الانطباع الذي يوحى بتوفر الدقة "العلمية" قد يؤدي بالإكلينيكي إلى استخدام هذه الأنظمة دون تمييز، حتى عندما لا تكون ذات صلة بالموضوع، أو عندما يكون استخدامها غير ملائم. بالتالي، وكأشكال التقييم الأخرى، ينبغي على أنظمة التفسير بالحاسوب أن تتمتع بالثبات (أي ينبغي التوصل للتفسيرات نفسها للدرجات المتشابهة)، وبالصدق (أي أن تكون التفسيرات دقيقة)، وبالفائدة الإكلينيكية (أي أن تساعد التفسيرات على الفهم الإكلينيكي للمفحوص والتخطيط لعلاج). .

وقد تم اقتراح خطوط إرشادية عريضة حول أفضل الطرق في تقييم ثبات وصدق أنظمة التفسير بالحاسوب (Moreland, 1985; Snyder, Widiger, & Hoover, 1990)، إضافة إلى أفضل طرق استخدامها في العمل الإكلينيكي (Butcher, 1995b). وقد وضع بوتشر (Butcher, 1990, 1995b) على سبيل المثال، سبع خطوات لتزويد العميل بالتغذية الراجعة حول اختبار مينيسوتا (MMPI-2)، وهي:

1. تقديم معلومات تاريخية حول اختبار مينيسوتا (MMPI-2).
2. وصف طريقة تطوير مقاييس الاختبار، إضافة إلى اتساع الأدب التجريبي المتعلق بصورتَي الاختبار (MMPI و MMPI-2) وصفاً مختصراً.
3. وصف مقاييس الصدق باختصار، وما تُشير إليه حول المنحى الذي يتخذه العميل تجاه الاختبار.
4. وصف الفرضيات الإكلينيكية التي تم وضعها بناءً على الصفحة النفسية لنتائج الاختبار، وصياغة ذلك وفقاً للطريقة التي يعرض فيها المفحوص نفسه، وطريقة رؤيته للمشكلات (إن وجدت) في ذلك الحين.
5. مناقشة أية ارتفاعات ذات دلالة على مقاييس المحتوى، لأن ما تقيسه هذه الفقرات واضح حدسياً.
6. دعوة العميل لطرح الأسئلة حول درجاته، وتوضيح أية مسائل تربكه.
7. مناقشة كيف يشعر العميل حول مدى تطابق أو عدم تطابق الدرجات مع خبراته (مقتبس من بوتشر - Butcher, 1995b, p.82).

والمشير للاهتمام أن إحدى الدراسات (Finn&Tonsager,1992) تشير إلى أن التغذية الراجعة لاختبار مينيسوتا (MMPI-2) قد تعمل فعلياً كنوع من التدخل العلاجي الإكلينيكي . وفي هذه الدراسة ، تلقى أفراد مجموعة من الطلبة في المركز الإرشادي بالجامعة تغذية راجعة لدرجاتهم على اختبار مينيسوتا (MMPI-2) بينما كانوا على قائمة الانتظار في العيادة ، في حين لم تتلق مجموعة ثانية مثل هذه التغذية الراجعة . وقد أظهرت المجموعة الأولى تحسناً على مقاييس كل من أعراض الاضطرابات النفسية وتقدير الذات ، بينما لم تتحسن المجموعة الضابطة . ومع أنه من المحتمل أن يكون "التأثير العلاجي" الملاحظ عائداً إلى مجرد أخذ الاختبار (وليس للتغذية الراجعة بالضرورة) ، إلا أن المسألة هنا تبدو بحاجة للمزيد من الأبحاث . ومع ذلك ، تبقى هذه الدراسة مميزة ؛ لمحاولتها تحديد الفائدة الإكلينيكية لاختبار مينيسوتا (MMPI-2) .

أخيراً ، فإن نجاح أي أداة تقييم إكلينيكي ، يعتمد على ما إذا كانت المعلومات التي يُقدّمها الاختبار ذات فائدة في التخطيط للعلاج ، وفي ممارسته وتقييم نتائجه .

ملخص الفصل Chapter Summary

يقوم الأخصائيون الإكلينيكيون على الدوام بتقييم الشخصية . على أية حال ، فإن مدى فائدة التقييم -حتى لأكثر الاختبارات النفسية شهرة- ما يزال عرضةً للتساؤل . هذا ، وقد ساهمت بيئة إدارة الرعاية الصحية أيضاً في الضغط على المؤيدين لاختبارات الشخصية ، وذلك لكي يبرروا استخدامهم للمقاييس المعروفة .

في هذا الفصل ، قمنا بمناقشة عدد من طرق بناء الاختبارات ، وتوصلنا إلى وجوب تبني منحنى صدق البناء عند تطوير مقياس ما . كما قمنا أيضاً بمراجعة عدد من الأساليب الموضوعية والإسقاطية في تقييم الشخصية . ويُعتبر اختبار مينيسوتا الثاني (MMPI-2) الاختبار الأساسي في تقييم الشخصية ، وهناك قدر هائل من البيانات التي تدعم استخدامه في مجال التقييم الإكلينيكي . وبالرغم من وجود عدد من المخاوف المتعلقة بهذه الصورة الجديدة المعدلة ، إلا أنها مع ذلك مقبولة عموماً ، وربما تمثل أكثر المقاييس أهمية في هذا المجال . وفيما يتعلق بالتقنيات الإسقاطية ، ركّزنا معظم نقاشنا على الرورشاخ . ومن نواح كثيرة ، فقد أدى ولاء الأخصائيين الإكلينيكيين لهذا الاختبار ، إلى حدوث انقسام في هذا الميدان بين المؤيدين له مقابل المعارضين . ويميل الأخصائيون الإكلينيكيون الأكاديميون إلى انتقاد الرورشاخ بشدة ، كما أن الجدل الحاد حول أهليته وجدارته ما يزال محتدماً .

وقد اختتمنا الفصل بمناقشة استخدام الاختبارات وسوء استخدامها . وقد قامت الرابطة النفسية الأميركية (APA) مؤخراً بإصدار طبعة جديدة من معايير الاختبارات النفسية والتربوية . وستبقى هذه المعايير الجديدة المنقحة تدعم الاستخدام الأخلاقي للاختبارات وتعززه . كما أشرنا إلى وجوب أخذ مسائل الحماية والخصوصية والسرية والتمييز والتحيز بعين الاعتبار من قبل الأخصائي الإكلينيكي ، الذي يعمل في مجال تطوير اختبارات الشخصية واستخدامها . وأخيراً ، فقد ناقشنا التوجهات المعاصرة في تطبيق الاختبارات المبنية على الحاسوب وتفسيرها . والأرجح أن يستمر التقدم التكنولوجي في تأثيره على طرق تطوير الاختبارات النفسية وتطبيقها وتفسير نتائجها .

المصطلحات:

- النسب القاعدية (base rates) : نسب الانتشار .
- التقييم المبني على الحاسوب (computer-based assessment) : استخدام الحواسيب في تطبيق (وربما تفسير) الاستجابات للمقابلات الإكلينيكية ، واختبارات الذكاء ، وقوائم التقرير الذاتي ، وهكذا .
- تفسيرات الاختبارات المبنية على الحاسوب (computer-based test interpretations- CBTIs) : الصفحات التفسيرية التي يتم الحصول عليها من خلال برامج التصحيح بالحاسوب لمختلف الاختبارات النفسية . وقد أصبح استخدام مثل هذه الصفحات النفسية مثاراً كثير من الجدل .
- منحى صدق البناء (construct validity approach) : منحى في بناء الاختبارات ، يتم فيه تطوير المقاييس بناءً على نظريات محددة ، واستخدام التحليل العاملي وغيره من الإجراءات ، وتحديد صدقها من خلال الإثبات (وعن طريق الدراسات التجريبية) أن أولئك الذين حصلوا على درجات معينة على المقياس ، يتصرفون بطرق يمكن التنبؤ بها من خلال درجاتهم على المقياس .
- صدق المحتوى (content validation) : العملية التي يمكن للفرد من خلالها التأكد من أن الاختبار سيقاس جميع أوجه المفهوم قيد الاهتمام بشكل ملائم . وتشمل أساليب صدق المحتوى تعريف جميع الأوجه المتعلقة بالمفهوم ، واستشارة الخبراء ، وتقييم علاقة كل فقرة محتملة من قبل مُحكمين ، وتقييم الصفات السيكمترية لكل فقرة محتملة .
- الترميز بحك تجريبي (empirical criterion keying) : منحى في تطوير الاختبارات ، يركز على اختيار الفقرات التي تميز بين الأفراد العاديين وأفراد المجموعات التشخيصية المختلفة ، بغض النظر عما إذا كانت الفقرات تبدو ذات صلة نظرياً بالتشخيص المطلوب .

- **منحى التحليل العاملي (factor analytic approach) :** أسلوب إحصائي يُستخدم عادةً في بناء الاختبارات ، لتحديد ما إذا كانت الفقرات المحتملة ترتبط ببعضها بشكل مرتفع أم لا .
- **نموذج العوامل الخمسة (five-factor model-FFM) :** نموذج شامل في الشخصية ، يجمع كلاً من الأبعاد: العصبية ، الانبساطية ، الانفتاح للخبرات ، التناعم ، والضمير . إضافة إلى ستة أوجه لكل بُعد .
- **الارتباط الوهمي (illusory correlation) :** في سياق الاختبارات الإسقاطية ، هو الظاهرة التي تصبح من خلالها استجابات معينة على الاختبار مرتبطة بخصائص معينة في الشخصية . والنظر إلى هذه الاستجابات على أنها إشارة إلى وجود السمة قيد السؤال ، وقد تُعطى وزناً غير مبرر عند تفسير الاختبار .
- **إكمال الفراغات في الجمل الناقصة (incomplete sentence blank-ISB) :** أكثر أساليب إكمال الجمل شهرة واستخداماً ، ويتكون من 40 جملة ناقصة .
- **الصدق التزايدى (incremental validity) :** مدى ما يقدمه اختبار ما من معلومات حول سلوك الشخص ، أو مظاهر شخصيته ، أو مظاهر اضطرابه النفسي ، والتي لا يُقدمها أي مقياس آخر .
- **اختبار مينيسوتا الثاني (MMPI-2) :** مقياس للاضطراب النفسي ، تم تطويره باستخدام أسلوب الترميز بمحك تجريبي . ويتكون الاختبار من 567 فقرة (صح/خطأ) ، ويزودنا بدرجات على 10 مقاييس إكلينيكية ، و7 مقاييس للصدق ، وعدد من مقاييس المحتوى والمقاييس التكميلية . ويعتمد تفسير درجاته بشكل أساسي على تحليل الصفحة النفسية كلها ، لا على درجات منتقاة . وكما كان الأمر في اختبار مينيسوتا الأول (MMPI) ، فإن الاختبار الثاني يُستخدم للعديد من الأهداف ، وفي المواقف المختلفة ، وما يزال أحد قوائم التقرير الذاتي الأساسية للشخصية والاضطرابات النفسية .
- **مقاييس التقييم الموضوعية (objective personality measures) :** أدوات في تقييم الشخصية ، يستجيب فيها المفحوص لمجموعة مقننة من الأسئلة أو الجمل باستخدام مجموعة محددة من النقاط البعدية (مثل صح/خطأ ، أو التقديرات التدريجية) .
- **الأساليب الإسقاطية (projective techniques) :** نوع من الاختبارات النفسية ، تُستخدم فيها استجابات الفرد لمثيرات اختبارية غامضة من أجل إصدار أحكام حول تكيفهم أو سوء تكيفهم . ويعتقد المؤيدون لها أن المفحوصين "يُسقِطون" من أنفسهم على المثير ، وبالتالي فإنهم يكشفون جوانب لا شعورية من أنفسهم .
- **قائمة نيو المعدلة للشخصية (The Revised NEO-Personality Inventory) (NEO-PI-R) :** مقياس تقرير ذاتي يقيس نموذج العوامل الخمسة ، ويحتوي على 240 عبارة ، يتم تقييم كل منها على مقياس من 5 نقاط . وهذا المقياس يُعطي درجات على الأبعاد الخمسة (العصبية ، الانبساطية ، الانفتاح للخبرات ، التناعم ، والضمير) إضافة إلى 6 أوجه تنتمي لكل بُعد من هذه الأبعاد .

■ **الرورشاخ (Rorschach) :** تقنية إسقاطية تقوم بتفسير استجابات الأشخاص لسلسلة من 10 بقع حبرية .

■ **أسلوب إكمال الجمل (sentence completion method) :** تقنية إسقاطية بسيطة ، يُطلب فيها إلى الأشخاص أن يكملوا كتابياً عدداً من الجمل الناقصة (مثل : "أعتقد عادةً بأن . . .") .

■ **تحيز الاختبار (test bias) :** الموقف الذي يتم فيه اتخاذ قرارات أو تنبؤات مختلفة لأفراد من مجموعتين مختلفتين ، حتى عندما تكون درجاتهم على هذا الاختبار متماثلة .

■ **اختبار تفهم الموضوع (Thematic Apperception Test-TAT) :** تقنية إسقاطية تهدف إلى الكشف عن صفات شخصية المريض ، من خلال تفسير القصص التي يقدمها استجابةً لمجموعة من الصور .

■ **صدق درجة القطع أو العتبة (validity of cutoff scores-thresholds) :** المدى الذي تقوم من خلاله درجة قطع معينة بتصنيف الأشخاص بدقة على أنهم يمتلكون (أو لا يمتلكون) سمة أو اضطراباً ما .

■ **مقاييس الصدق (validity scales) :** مقاييس اختبارية تحاول إلقاء بعض الضوء على اتجاهات المستجيب ودوافعه تجاه الاختبار (كأن يُظهر نفسه بصورة مرغوبة بشكل زائد ، أو يبلغ في إظهار مشكلاته أو أعراضه ، أو يميل إلى الإجابة بطريقة عشوائية) .

الفصل التاسع

التقييم السلوكي

Behavioral Assessment

- 1- لماذا يُعتبر التقييم الإكلينيكي عملية مستمرة؟
- 2- ما هي الفروقات الأساسية بين كلٍّ من التقييم السلوكي والتقييم التقليدي؟
- 3- ما هي العوامل التي تؤثر على ثبات الملاحظة وصدقها؟
- 4- ما هو نموذج سورك (SORC) ، وكيف يتم تطبيقه على المشكلات الإكلينيكية؟
- 5- ما أهمية المتغيرات المعرفية في التقييم السلوكي؟

محتويات الفصل:

- التقليد السلوكي .
- المقابلات السلوكية .
- أساليب الملاحظة .
- أساليب لعب الدور .
- الاستبانات وقوائم الشطب .
- التقييم المعرفي - السلوكي .
- مواطن القوة والضعف في التقييم السلوكي .
- ملخص الفصل .

من وجهة نظر تقليدية ، تُعتبر الشخصية نظاماً من البُنيات التي تؤثر على السلوك بشكل كبير . وسواءً كانت تلك البُنيات هي الأنا ، أو التوقع ، أو البارانونيا ، أو إمكانية النمو ؛ فإن هذه النظرة تُعنى بالخصائص الثابتة نسبياً في الشخصية ، والتي لها دورها في التأثير على السلوك . إذن ، يتبع ذلك أننا لكي نفهم السلوك أو نتنبأ به ، علينا أن نقيّم هذه المتغيرات الكامنة . وهذا بالطبع تبسيط شديد يخفي وراءه جدلاً واسعاً ؛ ذلك أن البُنيات الكامنة التي تهتم الأخصائي الإكلينيكي السيكودينامي ، قد تختلف تماماً عن تلك التي تهتم الأخصائي ذا التوجه المعرفي-السلوكي .

فالأخصائيون السلوكيون لا ينظرون إلى الشخصية بطريقة تقليدية ، وإنما يرونها على أنها مجموعة من النزعات السلوكية ، التي تظهر في مواقف محددة (O'Brien, McGrath, 2003). وفي هذا الإطار ، يتحول التركيز من البحث عن الخصائص الكامنة في الشخصية إلى البحث عن التفاعل ما بين السلوكات وتلك المواقف . ويؤدي مثل هذا التصور المفاهيمي ببعضهم إلى النظر إلى الشخصية على أنها أقرب إلى كونها مجموعة من القدرات (Wallace, 1966) . وبالنسبة لهؤلاء ، تصبح الشخصية مجموعة من القدرات أو المهارات ، بدلاً من كونها مجموعة من الميول والاستعدادات الفطرية (كالاحتياجات أو السمات) التي تعبر عن جوهر الشخص . فالعدوانية والاعتمادية مهارات هنا ، تماماً كمهارة ركوب الدراجة . والتركيز هنا ينصب على الصفات ، وليس على التسميات . إذ يهتم المعالج بالسلوك العدواني مثلاً ، لا بالعدوان .

التقليد السلوكي *The Behavioral Tradition*

قبل أن ندرس مناهج محددة في التقييم السلوكي ، لننظر في ثلاث طرق أساسية تميز هذا التقييم عن التقييم التقليدي .

العينات مقابل الإشارات *Sample Versus Sign*

في التقييم التقليدي ، يُعتبر وصف الموقف أقل أهمية بكثير من تحديد خصائص الشخصية الأكثر استقراراً واستمرارية . بينما يركز التقييم السلوكي على مدى قدرة أداة التقييم على تمثيل السلوكات والمواقف التي يهتم بها الأخصائي الإكلينيكي . أما فيما يتعلق بمدى غموض الاختبار ، أو عمقه في سبر أغوار الشخصية ، فهذا يصبح من القضايا التي لا أهمية لها . وقد وصف جولدفرايد (Goldfried, 1976) منذ مدة ، الفرق بين الاتجاه الذي يعتمد على الإشارات ، وذلك الذي يعتمد على العينات في الاختبارات النفسية :

فعندما يُنظر إلى الاستجابات التي تحدث في مواقف اختبارية على أنها عينة ، يفترض المرء أنها استجابات موازية للطريقة التي من المرجح أن يستجيب بها الشخص في المواقف الأخرى غير الاختبارية . وبالتالي ، إذا ما استجاب شخص ما بعدوانية على اختبار ما ، فإننا نفترض أن هذا العدوان سيظهر أيضاً في مواقف أخرى

كذلك . أما عندما يُنظر إلى الاستجابات على أنها إشارات ، فسوف نستنتج أن أداء الشخص على الاختبار هو مظهر غير مباشر أو رمزي لخصائص أخرى لديه . ولناخذ سيطرة الاستجابات البعيدة (Vista) على اختبار الرورشاخ كمثال على ذلك : إذ يزعم الفرد أن إدراكاته يبدو وكأنها تُشاهد من بعيد . وفي تفسيرنا لمثل هذه الاستجابات ، فإننا لا نحكم على الفرد عادةً بحاجته الماسة إلى عناية طبية بصرية ، وإنما ننظر إليها على أنها تشير إلى قدرة الفرد على تقييم ذاته والتبصّر بها . وفي معظمه ، يعتمد التقييم التقليدي في تفسيره للاختبارات على استخدام منحى الإشارة بدلاً من منحى العينة . أما في حالة التقييم السلوكي ، فمنحى العينة فقط هو المنطقي والملائم (ص . 283-284) .

التحليل الوظيفي Functional Analysis

هناك مظهر رئيسي آخر للتقييم السلوكي ، يعود إلى فكرة سكينر (Skinner, 1953) حول التحليل الوظيفي . وهذا يعني القيام بتحليل دقيق للمثير الذي يسبق حدوث السلوك ، وللنتائج أو الآثار التي تتبعه . إن تقييم الطريقة التي ترتبط بها التباينات في شروط المثير ونتائجه بتغيرات معينة في السلوك ، أمرٌ من شأنه أن يتيح لنا التوصل إلى فهم أدقّ لمسببات السلوك (O'Brien et al., 2003) . والافتراض الأساسي هنا يقضي بأن تعلّم السلوك واستمراره هما نتيجة لتلك الآثار أو النتائج التي تتبعه . إذن ، ولكي يقوم الأخصائي الإكلينيكي بتغيير سلوك غير مرغوب به ، عليه أن : (أ) يحدد شروط المثير التي تسبق هذا السلوك ، و(ب) يحدد التعزيز الذي يتبعه . وبمجرد تقييمه لهاتين المجموعتين من العوامل ، يصبح الإكلينيكي في وضع يتيح له تعديل السلوك من خلال التحكم بالمثير و/أو التعزيز قيد الاهتمام .

ويعتبر الوصف المتروّي والدقيق من الأمور الضرورية الحاسمة لإجراء التحليل الوظيفي . إذ يجب وصف السلوك موضوع الدراسة بطريقة قابلة للملاحظة والقياس ، بحيث يتم تسجيل نسب ظهور ذلك السلوك بصورة ثابتة . وبدقة ماثلة ، ينبغي أيضاً تحديد الظروف التي تتحكم بهذا السلوك . فيجب الإسهاب في تحديد كلٍّ من الظروف السابقة (antecedent conditions) والأحداث اللاحقة (consequent events) بدقة وحرص . إذ يتم تسجيل الشروط المحيطة بالسلوك -مثل الزمان والمكان والأشخاص- عند حدوثه ، إضافةً إلى ما يتبع هذا السلوك من نتائج محددة .

لنفرض مثلاً أن هناك طفلاً مشاغباً وعدوانياً في غرفة الصف . في مثل هذا الموقف ، سيتجه التقييم التقليدي نحو تحليل الحاجات التي يحاول الطفل إشباعها من خلال هذا السلوك . وذلك على أمل أن يمكننا تحديد تلك الحاجات من تعديلها لاحقاً ، وبالتالي ، إزالة السلوك غير المرغوب به . أما التقييم السلوكي فيتجاهل مثل هذه المحددات الداخلية المفترضة "كالهجات" ، ونجده بدلاً من ذلك يركز على الهدف ، وهو : السلوك العدواني . قد نكتشف أن الطفل يقوم عادةً بأخذ أشياء

(مثل قلم رصاص) تعود إلى الآخرين (وهذا سلوك عدواني) ، وذلك عندما تولي المعلمة انتباهها لأطفال آخرين في الصف . وكلما ظهر العدوان ، تقوم المعلمة بتحويل انتباهها إلى الطفل المشاغب بصورة مستمرة تقريباً . إذن ، يكشف لنا التحليل الوظيفي في هذه الحالة ، أن نقص الانتباه (مثير) يتبعه الاعتداء على أطفال آخرين بأخذ أقلامهم (سلوك) ، وهو فعل يتبعه اهتمام المعلمة عادةً (نتيجة) . وما إن يتم تحديد هذا النمط من العلاقات ، يمكن البدء باتخاذ الخطوات اللازمة لتغييره ، ووضع الخطة العلاجية المناسبة والكفيلة بتعديل السلوك . وكمثال على ذلك ، يمكن وضع الطفل وحده في غرفة ، بعد كل مرة يقترف فيها هذا السلوك المشاغب . حيث نتوقع من هذه المعالجة أن تُغيّر سلوك الطفل ؛ وذلك لأن سلوكه لم يعد يؤدي إلى النتائج التي يجدها الطفل معززة له . وهذا المشهد قد لا يبدو مختلفاً عما يمكن أن يقوم به بعض الآباء من تصرفات بديهية ؛ إلا أن الفرق بينهما يكمن في ما يمارسه الأخصائي الإكلينيكي من عناية ودقة عند تحديد هذه العلاقات والسلوكات المستهدفة . وبين الجدول 9-1 ملخصاً لعدد من الفروق بين الطرق أو المناحي التقليدية والسلوكية في التقييم .

لقد عمل معظم المعالجين السلوكيين على توسيع منهج التحليل الوظيفي ليشمل المتغيرات العضوية (organismic variables) أيضاً ؛ والتي تتضمن الخصائص الفيزيائية أو الفسيولوجية أو المعرفية لدى الفرد ، وهي أمور تعتبر مهمة لصياغة مشكلة العميل ، ووضع المعالجة النهائية له . فعلى سبيل المثال ، قد يكون من المهم تقييم الاتجاهات والمعتقدات التي تميز الأفراد المعرضين للإصابة بنوبات من الاكتئاب ؛ وذلك بسبب علاقتها المحتملة بالاكتئاب ، إضافة إلى كونها أهدافاً ملائمة للتدخل العلاجي . ومن النماذج الفيدة في وضع تصور للمشكلات الإكلينيكية من منظور سلوكي نموذج سورك (SORC model) (Kanfer & Phillips, 1970) :

- 1 . المثير (S=Stimulus) : الشروط السابقة التي تقود إلى السلوك المشكل .
- 2 . العضوية (O=Organism) : المتغيرات العضوية المرتبطة بالسلوك المشكل .
- 3 . الاستجابة (R=Response) : السلوك المشكل .
- 4 . النتائج (C=Consequences) : الآثار التي تتبع السلوك المشكل .

ويستخدم الإكلينيكيون السلوكيون هذا النموذج لإرشادهم إلى المعلومات المطلوبة وتزويدهم بها ، بحيث يتمكنون من تحديد المشكلة بصورة متكاملة ، وبالتالي وصف التدخلات العلاجية الممكنة .

التقييم السلوكي كعملية مستمرة

Behavioral Assessment as an Ongoing Process

وكما أشار بيترسون وسوبيل (Peterson & Sobell, 1994) ، فإن التقييم السلوكي في إطار إكلينيكي (كما هو الأمر في معظم التقييمات الجيدة) ليس عملية تتم مرة واحدة قبل البدء بالمعالجة فحسب ، بل هو عملية مستمرة تتم قبل المعالجة وأثناءها وبعدها . إذ أن التقييم السلوكي مهم جداً ؛

لأنه يساعدنا على الاختيار المبدئي لاستراتيجيات العلاج ، ويقدم لنا أنواعاً من التغذية الراجعة حول فعالية هذه الاستراتيجيات أثناء سير المعالجة . كما أنه يسمح لنا بتقدير فعالية العلاج بصورة عامة بعد اكتماله ، إضافة إلى توضيحه للعوامل الموقفية التي قد تؤدي إلى عودة السلوك المشكل أو السلوكات المشككة .

الجدول 9-1 الفروق بين التوجه السلوكي والتوجه التقليدي في التقييم

| السلوكي | التقليدي |
|---|--|
| أ . الافتراضات | |
| 1 . مفهوم الشخصية | استخدام بُنيات الشخصية بشكل أساسي لوصف أنماط سلوكية محددة ، لحالات أو سمات كامنّة ومستمرّة . |
| 2 . مسببات السلوك | إبقاء الظروف التي يتم البحث عنها في قوى نفسية داخلية (في الفرد نفسه) . |
| ب . الأبعاد والمضامين | |
| 1 . دور السلوك | مهم ، باعتبارها عينة من مخزون الفرد في مواقف معينة . |
| 2 . دور التاريخ | غير مهم نسبياً ، إلا عندما يتم وضع خطط قاعدي مثلاً يمكن الرجوع إليه . |
| 3 . استمرارية السلوك واتساقه | لا اعتقاد بأن السلوك يحدده الموقف . |
| ج . استخدام البيانات | |
| لوصف الأهداف السلوكية والظروف التي تعمل على إدامتها . | لوصف وظائف الشخصية وأسباب المرض . |
| لاختيار المعالجة الملائمة . | للتشخيص أو التصنيف . |
| لتقييم المعالجة ومراجعتها وتعديلها . | للتكهن والتنبؤ . |
| د . خصائص أخرى | |
| 1 . مستوى الاستدلال | منخفض . |
| 2 . المقارنة | أكثر تركيزاً على الفروق الداخلية أو الفردية . |
| 3 . طرق التقييم | أكثر تركيزاً على الطرق المباشرة (مثل ملاحظة السلوك في بيئة طبيعية) . |
| 4 . وقت التقييم | أقرب إلى كونه استمراريًا : قبل العلاج ، وأثناءه ، وبعده . |
| 5 . مدى التقييم | مقاييس محددة ولعدة متغيرات (مثل مقاييس أكثر شمولاً) (مثل تلك التي الأهداف السلوكية في مواقف مختلفة ، أو الآثار الجانبية ، إطار السلوك ، نقاط القوة والضعف أيضاً) . |

المصدر : مقتبس من :

"Some Relationships Between Behavioral and Traditional Assessment" by D. P. Hartmann, B. L. Roper, and D. C. Bradford, Journal of Behavioral Assessment, 1979, 1, 4 .

وبين الشكل 9-1 التقييم السلوكي في مراحل مختلفة من المعالجة (Peterson & Sobell, 1994). إذ تقدم الصيغ التشخيصية أولاً، وصفاً للسلوكيات اللاتكيفية أو الأهداف التي يمكن استهدافها بالتدخل العلاجي. ثانياً، فمن المهم تقييم الإطار المحيط بالمريض أو بيئته (نظام الدعم الاجتماعي، البيئة الفيزيائية)؛ وذلك لارتباطه بالتخطيط للمعالجة، وبوضع أهداف واقعية للعلاج. كما أن تقييم المصادر الداخلية للعميل مهم أيضاً، مثل المهارات ومستوى الدافعية والمعتقدات والتوقعات. وكما بين بيترسون وسوبيل (Peterson & Sobell, 1994)، فإن التقييمات المبدئية للتشخيص أو السلوكيات اللاتكيفية، والأطر المحيطة بالعلاج، ومصادر العميل، تقودنا بشكل طبيعي إلى خطة معالجة أولية مبنية على البيانات. وتشمل هذه الخطة المشاركة في وضع مجموعة أهداف علاجية (مشاركة بين المريض والمعالج)، إضافةً إلى محكات مُتفق عليها لتحديد مدى التحسن. ويعمل التقييم الرسمي للتقدم العلاجي كتغذية راجعة مستمرة، إضافةً إلى كونه وسيلة لبناء الفعالية الذاتية لدى المريض أثناء تحسنه. ويقدم لنا التقييم الذي يتبع إنهاء المعالجة بيانات موضوعية تتعلق بالأداء الوظيفي بشكله النهائي لدى المريض، والذي يمكن مقارنته ببيانات التقييم السابق للمعالجة. وأخيراً، فمن شأن التقييم الشامل عبر جميع هذه المراحل، أن يقدم لنا معلومات حول احتمال عودة الأعراض، بما فيها تعريف البيئات "ذات الخطورة العالية"، والتي قد تؤدي إلى الانتكاس.

ويرى بيترستون وسوبيل (1994) أن لنموذج التقييم السلوكي قدرة هائلة على تجسير تلك الفجوة الواسعة، التي عادةً ما تكون موجودة بين الأبحاث السلوكية والممارسة الإكلينيكية. وكما سنبين في الفصل الرابع عشر، ينفرد ميدان العلاج السلوكي في تركيزه على اتخاذ القرارات المبنية على البيانات خلال جميع مراحل المعالجة. وبالتالي، فالتقييم السلوكي ليس رفاهية، بل هو ضرورة لا غنى عنها.

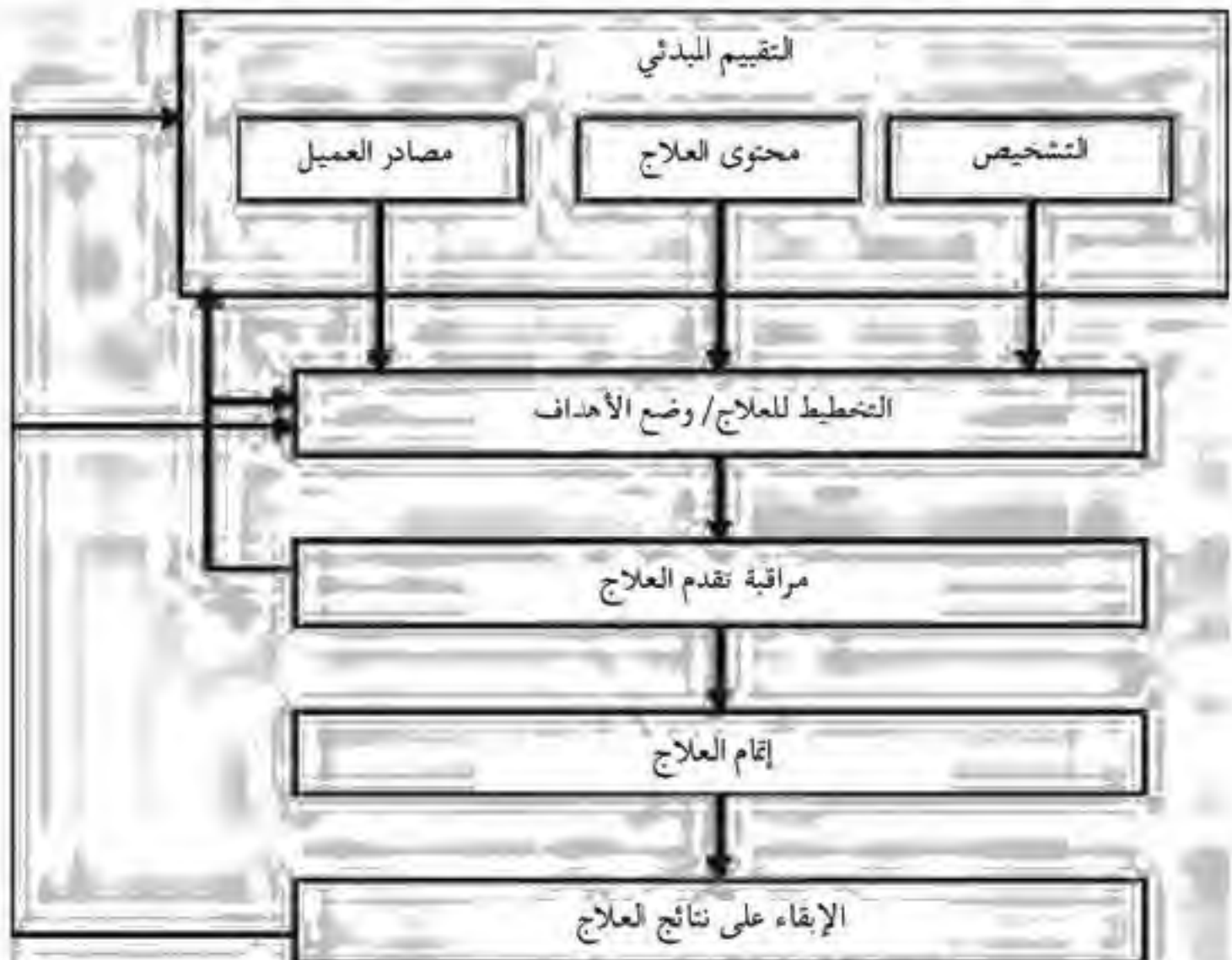
وبإبقاء هذه الفكرة في ذهننا، سننتقل الآن إلى فحص بعض أساليب التقييم السلوكية الأكثر شيوعاً وانتشاراً.

المقابلات السلوكية Behavioral Interviews

من الواضح أن المرء لا يمكنه أن يبدأ تحليلاً وظيفياً، أو يطور برنامجاً للمعالجة السلوكية، قبل أن تكون لديه فكرة عامة على الأقل حول ماهية المشكلة. وفي تطويره لمثل هذه الأفكار، غالباً ما يلجأ الأخصائي إلى ذلك المصدر الاحتياطي التقليدي المهم؛ ألا وهو المقابلة، التي تعد خير رفيق للإكلينيكي (O'Brien et al., 2003). وأثناء المقابلة السلوكية، يحاول الإكلينيكي أن يصل إلى

انطباع عام حول المشكلة ، وحول المتغيرات التي قد تساهم في بقاء السلوك المشكل (Goldfried&Davidson, 1994) . أما المعلومات الأخرى التي يتم البحث عنها فهي : البيانات التاريخية ذات الصلة ، وتقييم مواطن قوة الفرد ، ومحاولاته السابقة لتدبر المشكلة . كما يهتم الإكلينيكي بتوقعات المريض من العلاج . وأخيراً ، وكلما كان ممكناً ، قد يكون من المفيد قيام الأخصائي بوضع الأهداف العلاجية ، ومناقشتها مع العميل بشكل مبدئي . وعلى أية حال ، فالهدف الأساسي للمقابلة هو التعرف على تلك السلوكيات المشكلة بالتحديد ، والعوامل الموقفية التي تعمل على استمرارها ، والآثار الناجمة عنها . كما ينبغي ملاحظة أن استخدام المقابلات التشخيصية المقننة (انظر الفصل 6) أخذ بالتزايد بين الإكلينيكين السلوكيين ، الذين ينظرون إلى الأعراض النفسية على أنها سبب المشكلة بذاتها ، وأنها هي هدف العلاج .

الشكل 9-1 نموذج دور التقييم السلوكي في العلاج السلوكي



المصدر :

Person, L., & Sobell, L. C. 1994 . Introduction to the state-of-art review series: Research contributions to clinical assessment . *Behavior Therapy*, 25, 523-531.

الملاحظة الطبيعية Natural Observation

لكي نقيم السلوك ونفهمه ، علينا أن نعرف أولاً ما الذي تتعامل معه . لذلك ، فليس من المفاجئ أن يقوم التقويم السلوكي بتوظيف الملاحظة كتقنية أساسية (O'Brien et al., 2003) . فقد يحاول الأخصائي الإكلينيكي فهم شخص ما يعاني من رهاب الأماكن المرتفعة ، أو طالب يتجنب مواقف الامتحان ، أو شخص يميل إلى تناول الطعام بصورة مفرطة . ويمكن مقابلة هؤلاء الأشخاص ، أو تقييمهم بواسطة قوائم التقرير الذاتي . لكن العديد من الإكلينيكين قد يرون أنه ما لم تتم ملاحظة هؤلاء الأشخاص في بيئتهم الطبيعية ، فسيتعذر علينا الفهم التام لمشكلاتهم . ولتحديد مدى تكرار هذا السلوك المشكل ومقدار شدته ومدى تغلغله في حياة الفرد ، أو العوامل التي تعمل على بقاءه واستمراره ، نجد أن الإكلينيكين من السلوكيين يؤيدون استخدام أسلوب الملاحظة المباشرة .

بالطبع ، فإن قول هذا أسهل من فعله . وعملياً ، فمن الصعب -والمكلف أيضاً- الحصول على ملاحظين مدربين دائماً ، وهذا صحيح بصورة خاصة في حالة الراشدين الذين يتلقون العلاج في العيادات الخارجية . فمن الأسهل نسبياً تحقيق ذلك مع الأطفال أو مع ذوي الصعوبات المعرفية ، كما أنه من الأسهل أيضاً إجراء الملاحظة في مكان مغلق أو مؤسسة . وفي بعض الحالات ، من الممكن استخدام ملاحظين من بيئة الشخص نفسه (كالزوج أو أحد الوالدين أو المدرس أو الصديق أو المريض) . في حالات معينة ، وكما سنرى لاحقاً ، يمكننا أيضاً أن نطلب من المريض القيام بالملاحظة الذاتية . بالطبع ، هناك ذلك السؤال الدائم المتعلق بالأخلاقيات ؛ حيث ينبغي على الأخصائي الإكلينيكي أن يتأكد من عدم ملاحظة الأشخاص دون علمهم ، ومن عدم ملاحظة من لهم صلة بالعميل من أصدقاء ورفاق بطريقة قد تمس كرامتهم أو حقهم في الخصوصية دون قصد .

ولهذه الأسباب جميعاً ، لم يُستخدم أسلوب الملاحظة الطبيعية في الممارسة الإكلينيكية بالقدر الذي ينبغي استخدامه . وفي الواقع ، ما تزال الملاحظة تحظى بأهمية أكبر في مجال البحث منها في مجال الممارسة . على أية حال ، لسنا بحاجة لأن نكون متعصبين للتوجه السلوكي لكي نفرّ بأهمية البيانات التي يتم الحصول عليها عن طريق الملاحظة . وليس بعيداً عن الاحتمال أن يتوصل الأخصائيون الإكلينيكيون ، بمختلف مذاهبهم ، إلى صورة غير مكتملة عن عملائهم . فرغم كل شيء ، قد لا يرى الأخصائيون عملاءهم إلا في الدقائق الخمسين من ساعة العلاج ، أو من خلال صفحة نفسية لاختبار موضوعي أو إسقاطي . ولكن نتيجة للطبيعة المرهقة للعديد من إجراءات الملاحظة ، فإن العديد من الأخصائيين الإكلينيكين يفضلون طرق التقويم التقليدية الأبسط والأكثر كفاءة وفعالية .



د. ستيفن ن. هاينز أستاذ ومُشرف في برنامج علم النفس الإكلينيكي في جامعة هاواي ، وهو معروف عالمياً لخبرته في التقييم السلوكي ، وتطوير الاختبارات النفسية وتقييمها ، وعلم النفس الصحي . وإضافة إلى نشره لأكثر من 100 مقال وفصل في عدة كتب ، فقد ألف د. هاينز عدداً من الكتب المتعلقة بهذه الموضوعات . وقد عمل د. هاينز محرراً في مجلة التقييم النفسي (Psychological Assessment) ، كما أنه عضو في هيئات تحرير دوريات أخرى تهتم بعلم النفس الإكلينيكي .

وقد قدم لنا د. هاينز الإجابات التالية على استفساراتنا حول خلفيته واهتماماته ووجهات نظره .

■ ما الذي أثار اهتمامك ابتداءً بميدان علم النفس الإكلينيكي؟

لقد بدأ التزامي بعلم النفس كمهنة في كالامازو بولاية ميشيغان ، في يوم مشرقٍ نُصر أثناء عامي الثاني في المدرسة الثانوية . كنت أتأمل سماءات الهواء وهي تعبث بأوراق الشجر المساقطة ، وأتساءل عن سبب التواء مجاري المياه أثناء سيرها نحو مصابئها ، وعن سبب تصرف الفتيات بالطريقة التي يتصرفن بها . وفي فصل الربيع من عامي الثاني ، التقيت بالأنسة مونتجوي ، وهي مدرسة جديدة درستنا مساقاً واحداً في علم النفس . وقد أسرَت ألبانيا وأثارت جلثنا تلك المناقشات التي دارت حول الجنس ، وكيفية تعلُّم الأشخاص وتذكرهم للأشياء ، وكيفية تشكيل توحياتهم وإفصاحهم عنها . وقد كنا نحمل الأنسة مونتجوي تحمراً خجلاً بشكل يومي تقريباً . لقد كان علم النفس تطبيقاً مذهلاً للعلم ، وكان أكثر شيءٍ قممت به إثارةً وممتعةً في دراستي الثانوية . وفي صبيحة ثلاثاء من شهر نيسان في عامي الثاني ذاك ، وبعد تفاعلٍ مثاليٍّ مع الأنسة مونتجوي ، عندها قررت أن علم النفس الإكلينيكي يمكن أن يكون مهنتي .

■ صف لنا الأنشطة التي تقوم بها كأخصائي إكلينيكي .

تشتمل أنشطتي التدريسية الحالية في معظمها على أبحاثٍ حول الاضطرابات النفسية والتقييم الإكلينيكي . وأقوم بإعداد أبحاث تدور حول الاضطرابات النفسية المتعلقة بأسباب اضطرابات النوم لدى الأشخاص الذين مروا بأحداث صادمة (مثل الاعتداء الجنسي أو أحداث الحروب) . وأبحاثٍ حول آثار الألم المزمن على النوم والمزاج والتفاعلات الاجتماعية ، وحول صلة العوامل النفسية الاجتماعية باضطرابات القلب الرعائية ، وحول مسببات العنف الأسري وعنف الرضى النفسيين المقيمين في المستشفيات ، والأمور المرتبطة بها .

وتشتمل أبحاثي في مجال التقييم تطوير أدوات تقييم لقياس مشكلات شخصية واجتماعية مهمة . فالمقاييس

التي تتسم بالصدق في قياس هذه المشكلات تعد شرطاً ضرورياً للبحث الجيد والمعالجة الجيدة . وتشمل مشاريع أبحاثي الحالية قياس استجابات الأشخاص الذين عاشوا أحداثاً صادمة في حياتهم ، وتواحي الرضا وعدم الرضا لدى الأشخاص المتزوجين ، والعنف الجسدي الموجه للنساء من قبل أزواجهن ، والبحث عن أحداث الحياة الصادمة في مواقع الرعاية الأولية ، وتفاعلات الوالدة-الطفل في الأسر التي يعاني أبناؤها من صعوبات التعلم .

وأكثر المظاهر متعة في أبحاثي هو القيام بها بالتعاون مع العديد من الزملاء وطلبة البكالوريوس والدراسات العليا ، الذين يتميزون بالكفاءة والمرح ، فمعظم مشاريع الأبحاث يقوم بها طلبة الدراسات العليا ، ويستخدمونها غالباً كرسائل جامعية أو أطروحات للتخرج . وعادةً ما كان كل خريج يعمل كباحث أساسي ، وله فريق من طلبة البكالوريوس الذين يعملون معه .

كما أنني أقوم بتدريس مساقات في التقييم السلوكي لطلبة الدراسات العليا ؛ تتعلم فيها مبادئ القياس النفسي ، المقابلة السلوكية ، الملاحظة ، ومراقبة الذات . وفي هذه المساقات ، فإننا ندرس المبادئ العلمية للتقييم النفسي ، ونقوم بتطبيق هذه المبادئ في تقييم العائلات التي تعاني من مشكلات عويصة مع أطفالها . وهدف التقييم هو تحديد مشكلات العائلة ومواطن قوتها ، والأهم من ذلك تحديد أسباب هذه المشكلات بحيث يصبح بالإمكان معالجتها .

كما أنني أستمتع بالكتابة والتحرير . كمحرر لمجلة التقييم النفسي (حتى عام 2004) . قمت بمراجعة ما يزيد عن 2000 مخطوطة ، وقد كانت خبرة مثمرة ، حيث كنت أواجه باستمرار محدودية علمي وبالخبرة المدهشة لدى العديد من العلماء والمراجعين . وقد نشرت كتباً حول التقييم السلوكي مع ويليام أو . بريان عام 2000 ، ومع إلين هيبلي عام 2004 .

لا أمارس العلاج النفسي في عيادة خاصة ، إلا أنني أقدم الاستشارات للمحاكم الأسرية كممرشد منطوع لمساعدة الأطفال المساء إليهم أو المهملين . ويتضمن هذا إلى حد كبير استخدام أساليب التقييم السلوكي في المجتمع - الملاحظات المنزلية ، الملاحظات المدرسية ، والمقابلات - بهدف إصدار الأحكام المتعلقة بسلامة الأطفال ، وأفضل مكان يمكن وضعهم فيه . كما أنني أقدم استشارات تتعلق بدراسة الحالات في المؤسسات النفسية في الولاية وتحديد مشكلاتها ، واستشارات حول عدد من النسخ المقدمة للأبحاث ، والتي يركز معظمها على تطوير طرق القياس الإكلينيكي .

■ ما هي مجالات تخصصك الدقيق أو اهتماماتك؟

كما ذكرت سابقاً ، يضمن حل شعوري بالكفاءة في الميدان عندما أصادف الخسرات المذهلة لعلماء آخرين . ويمكنني أن أقول إنني مطلعٌ - بصورة بسيطة إلى مترسطة - على أساليب تطوير أدوات التقييم وتقدير جودتها ، وعلى مبادئ الحكم الإكلينيكي المستنبط من بيانات التقييم (مثل التحليل الوظيفي) . وعلى تصاميم البحث ، بما فيها تصاميم الحالة المقرونة وسلاسل الوقت . أما الحالات التي أشعر بأنها أكثر أمناً فيها ، والتي أهتم بها أكثر من غيرها ، فتشمل علم نفس الصحي (اضطرابات النوم ، اضطرابات القلب التاجية ، الألم المزمن) ، وعلم النفس التجريبي ، والضغط الزوجية .

المشكل في بيئته الطبيعية . وفي هذا السياق ، تم تطوير عددٍ من أنظمة الترميز على مر السنين لاستخدامها في الملاحظة المدرسية .

ومن الأمثلة على أنظمة الملاحظة المدرسية المستخدمة في المدارس ، نموذج الملاحظة المباشرة (Direct Observation Form-DOF) لقائمة سلوك الأطفال ، والذي وضعه أخينباخ (Achenbach,1994) . ويُستخدم هذا النموذج لتقييم أنماط السلوك المشكل ، والتي يمكن ملاحظتها في الصفوف المدرسية أو في مواقع أخرى (Achenbach,1994) . ويتكون هذا النموذج من 96 فقرة تمثل كل منها مشكلة ، إضافةً إلى فقرات مفتوحة تتيح للمقيّم تحديد تلك السلوكيات المشكلة التي لا تشملها هذه الفقرات . وتنص التعليمات على إعطاء درجة واحدة لكل فقرة ، حسب تكرارها ومدتها وشدتها ، وذلك خلال عشر دقائق من الملاحظة . ومن المحبذ القيام بست فقرات من الملاحظة ، مدة كل منها 10 دقائق ، بحيث يمكن إيجاد معدل للدرجات عبر مناسبات مختلفة (Achenbach,1994) . وبهذه الطريقة ، يمكننا الحصول على تقدير أكثر ثباتاً واستقراراً لمستوى المشكلات السلوكية التي تحدث في الصف . وبين الجدول 2-9 أمثلةً من فقرات نموذج الملاحظة المباشرة .

الملاحظة في المستشفى Hospital Observation

لقد استُخدمت أساليب الملاحظة في أماكن كالمستشفيات النفسية ومؤسسات التخلف العقلي منذ زمن طويل . ولعل الطبيعة المحمية لهذه الأماكن جعلت من الملاحظة الدقيقة للسلوك أمراً ممكناً مقارنةً بالبيئات الأكثر انفتاحاً والأقل ضبطاً .

ومن الأمثلة على أدوات الملاحظة في المستشفيات قائمة الشطب السلوكية للعينات الزمنية (Time Sample Behavioral Checklist-TSBC) التي طورها چوردون پاول ومساعدوه (Mariotto&Paul,1984) . يمكن استخدام هذه القائمة مع المرضى ذوي الاضطرابات النفسية الزمنية . وتعني العينات الزمنية أن الملاحظات يتم أخذها على فترات منتظمة لمريض ما . وتتم ملاحظة المريض لثانيتين مرةً كل ساعة يَقطَعُ ، مما يتيح ، بالتالي ، إمكانية وضع مخطط سلوك يومي لكل مريض . وقد كان الثبات بين المقيمين في هذه القائمة عالياً جداً ، كما أن مثل هذه المقاييس مفيدة في تقديم صورة سلوكية شاملة عن المريض . فعلى سبيل المثال ، قام مبنديتو وزملاؤه (Menditto et al.,1996) -مستخدمين قائمة الشطب السلوكية للعينات الزمنية- بتوثيق كيف أن مزيجاً من دواء جديد نسبياً من مضادات الذهان (الكلوزابين) وبرنامج تعلم اجتماعي مقنن (Paul&Lentz,1977) ، قد ساهم بصورة دالة في تقليل تكرار السلوك غير اللائم والأفعال العدوانية خلال 6 أشهر لدى عينة من المرضى المزمنين في وحدة داخلية للمرضى المقيمين .

الجدول 2-9 أمثلة على فقرات نموذج الملاحظة المباشرة (DOF) لقائمة الشطب المخصصة للأطفال

| السلوك الموجه للخارج (externalizing behavior) |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. المجاذلات . 2. الميل إلى العصيان أو الرد على المعلمين . 3. القسوة أو التهديد أو الخسة . 4. مضايقة الأطفال الآخرين . 5. مهاجمة الآخرين جسدياً . 6. مقاطعة الأنشطة الجماعية . |
| السلوك التذويبي (الموجه للداخل) (internalizing behavior) |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. حركات أو ارتعاشات عصبية . 2. تبلد الأحاسيس ، قلة للدافعية ، أو عدم المحاولة . 3. الخجل أو السلوك الخائض . 4. التحديق في الفراغ . 5. عدم السعادة ، الحزن ، أو الاكتئاب . 6. الانسحاب ، عدم المشاركة مع الآخرين . |
| <p>ملاحظة : جميع الفقرات يتم تقييمها على مقياس من صفر إلى 3 في فترة الملاحظة المحددة : 0 = غير ملاحظ ، 1 = يظهر بصورة طفيفة أو غير واضحة ، 2 = يظهر بوضوح وبشدة ، أو يستمر لأقل من 3 دقائق ، 3 = يظهر بوضوح وبشدة ، أو يستمر لأكثر من 3 دقائق .</p> <p>المصدر : (T. M. Achenbach; Center for Children, Youth, and Families; University of Vermont).</p> |

الملاحظة المضبوطة Controlled Observation

تحتمل الملاحظة الطبيعية قدراً كبيراً من الحكم الحدسي . فهي تزودنا بفكرة حول كيفية تصرف الأشخاص فعلياً ؛ فكرة لا تشوهها تقارير ذاتية ، أو استدلالات ، أو أية متغيرات أخرى قد تؤثر عليها . مرة أخرى ، فالأقوال أسهل من الأفعال . أحياناً قد لا يحدث السلوك الذي يكون الأخصائي الإكلينيكي بصدد ملاحظته ، بشكل طبيعي . إضافة إلى ذلك ، يمكن إهدار الكثير من الوقت والجهد والموارد ، في انتظار حدوث هذا السلوك أو الموقف المطلوب . فتقييم تولّي زمام المسؤولية

-مثلاً- قد يحتاج إلى يوم تلو الآخر من الملاحظة المكلفة قبل حدوث الموقف المطلوب . ثم بعد ذلك ، وما إن يشرع الإكلينيكي بالنسجيل ، قد يطرأ شيء "آخر" على البيئة ، ويفسد الموقف برمته بمجرد إحداث تغيير بسيط فيه . فضلاً عن أن العميل ، أثناء المواقف التلقائية الحرة ، قد يبتعد مسافةً يتعذر معها الاستماع إلى المحادثة ، أو قد ينتقل المشهد كله إلى مكان آخر بسرعة تمنعنا من اللحاق به . باختصار ، يمكن القول إن هذه المواقف الطبيعية كثيراً ما تضع الأخصائي الإكلينيكي تحت رحمة الأحداث ، التي قد تدمر أية فرصة متاحة للتقييم الموضوعي الدقيق . لذلك ، يلجأ الإكلينيكيون أحياناً إلى الملاحظة المضبوطة ، للتعامل مع هذه المشكلات وتفاديها .

ويُشار أحياناً إلى الملاحظة المضبوطة بالملاحظة السلوكية التناظرية (analogue behavioral observation) (Haynes, 2001) . ويمكن القيام بمثل هذه الملاحظة في المواقف الإكلينيكية أو في البيئة الطبيعية . والمهم هنا ، هو أن البيئة "مُصمَّمة" بحيث من الممكن للمقيم أن يلاحظ السلوك أو التفاعل المطلوب ؛ كأن يُطلب من الزوجين في المختبر مناقشة مشكلات ذات صلة بعلاقتهم ، وذلك لإتاحة الفرصة للباحث لملاحظة أنماط التفاعل بينهما (Haynes, 2001) .

وقد استخدم الباحثون ، لعدة سنوات ، تقنيات لاختيار عينات مضبوطة من السلوك . وهي في حقيقتها اختبارات موقفية (situational tests) ، تضع الأفراد في مواقف شبيهة إلى حد قريب أو بعيد بتلك المواقف التي تحدث في واقع الحياة . وبعد ذلك ، يتم أخذ الملاحظات المباشرة والمتعلقة برود فعلهم . إن هذا المنحى ، في أحد وجوهه ، نوعٌ من أنواع منحى عينة العمل (work-sample approach) ، حيث يكون الموقف الاختباري للسلوك مشابهاً إلى حد كبير للسلوك المحكي المتنبأ به . وهذا كفيلاً بتقليص الأخطاء المتعلقة بالتنبؤ ، والتي قد تحدث عند تطبيق اختبارات نفسية ، تكون فيها المثيرات مثلاً بعيدة جداً عن المواقف المتنبأ بها .

الدراسات المتعلقة بالصدق والخداع Deceit and Honesty in Studies

تعتبر الدراسات التي أجراها هارتشورن وماي وزملاؤهما (Hartshorne & May, 1928, 1929) من أولى المحاولات في هذا المجال . وبالرغم من أن تركيزهما الأساسي كان منصّباً على البحث ، إلا أن توجهاتهما وجدت طريقها للتطبيق المباشر في مجال التقييم . ولأن هارتشورن وماي نظرا إلى الشخصية أو الصفة من منظور العادة والاستجابة ، فقد حاولا قياسها من خلال أخذ عينات من السلوك مباشرة . فعلى سبيل المثال ، إذا أردنا تقييم مدى صدق الطفل ، فلم لا يتم ذلك من خلال تعريضه إلى مواقف يمكن فيها الغش ، ومن ثم ملاحظة استجاباته؟ هذا بالضبط ما فعله هارتشورن وماي في تقييمهما لأنماط سلوكية من مثل الغش والكذب والسرقة . وباستخدام سلسلة

من المواقف الطبيعية التي تدل على الإبداع وسعة الحيلة ؛ فقد استطاعا تنفيذ أبحاثهما ضمن ظروف مقنعة ، لكنها مضبوطة . والمثير في الأمر هو ما أشارت إليه النتائج من أن سلوك الغش لدى الأطفال يرتبط بالموقف إلى حد كبير ، ولا ينبغي اعتباره انعكاساً لسمة عامة .

الاستجابة للضغط النفسي Response to Stress

أثناء الحرب العالمية الأولى ، أدت الحاجة الماسة إلى أشخاص أذكياء ومدرّبين تدريباً عالياً وأكفياً في الاستخبارات العسكرية ، إلى تطوير سلسلة من الاختبارات التي تقيس الضغوط الموقفية . فبدلاً من استخدام اختبارات الشخصية في تقييم الطريقة التي يمكن أن يتعامل بها الشخص مع المواقف الضاغطة أو المثيرة للاضطراب ، استخدم مكتب الخدمات الاستراتيجية (U.S. Office of Strategic Services) أسلوب المهام المخصصة (OSS Assessment) (Staff, 1948) . ومن خلال السجلات الموضوعية والملاحظات النوعية التي قام بها فريق مدرّب ، تم البدء بتقييم ردود الأفعال تجاه الضغوط النفسية . وبالرغم من أن متطلبات الحرب لم تسمح بفرص جيدة للتحقق النام من صدق تقنيات التقييم التي استخدمها مكتب الخدمات الاستراتيجية ، إلا أنها قدّمت نموذجاً ممتازاً لما يمكن أن يكون عليه التقييم . وفيما يلي أحد الأمثلة على مهام المكتب :

بناء مكعب كبير من الأسافين والأعمدة والطوب . وبما أن المهمة لا يمكن القيام بها من قبل رجل واحد ، فقد تم توفير رجلين للمساعدة ؛ لكن يجب أن تنتهي المهمة في غضون عشر دقائق . والمساعدان في حقيقة الأمر هما إلا مخربان يقومان بالتدخل ، وهما سلبيان ويقترحان أموراً غير عملية ... إلخ . وكانا يسخران من المرشح ويقومان بإحباطه بشكل مربع عموماً . في الحقيقة ، فإن أحداً من المرشحين لم ينجح في بناء المكعب .

وقد تم استخدام تقنيات مقارنة إلى حد ما في اختيار المرشحين للخدمة المدنية البريطانية (Vernon, 1950) . وبالرغم من أن الضغط لم يكن ضمن الإجراءات البريطانية ، إلا أن المهام المتعلقة بعمل المرشحين قبل اختيارهم كانت تتم بناءً على التحليل الدقيق للأعمال . وقد قام ل . ف . چوردون (L.V. Gordon, 1967) بتقييم عددٍ من مناحي عينة العمل للتقييم المستخدم في التنبؤ بأداء المتدربين في قوات حفظ السلام .

صراعات الوالدين والمراهقين Parent-Adolescence Conflict

ولتقييم طبيعة الصراع بين الوالدين والمراهقين وتقدير درجته بدقة أكبر ، قام پرينز وكنيت (Prinz & Kent, 1978) بتطوير نظام : ترميز السلوك التفاعلي (Interactive Behavioral Code-IBC) . وباستخدام هذا النظام ، يقوم عددٌ من المقيمين بمراجعة وتقييم مناقشات مسجلة

صوتياً ، للأسر التي تحاول حل مشكلة يختلفون حولها . ويتم تقدير الدرجات بشكل منفصل لكل فرد من الأسرة ، وفقاً لظهور أو غياب سلوكه أثناء النقاش (أو درجة ظهوره في بعض الفقرات) . ويتم حساب محصلة الدرجات من خلال إيجاد معدلها (بين المقيمين) ، سواء للسلوك الإيجابي أو السلبي . ويبين الجدول 3-9 عينة من الرموز والتعريفات من نظام ترميز السلوك التفاعلي .

وبالطبع ، بالنسبة للسلوكيين المتطرفين ، فإن التقنيات السابقة تمثل مزيجاً من الملاحظة والاستدلال . فعند تقييم القيادة أو مستوى الضغط أو الدماء ، فما يحدث حقاً هو أن المقيمين يستدلون على شيء ما من خلال السلوك ؛ إذ أنهم لا يقومون بمجرد جمع قوائم من السلوكيات أو وضع إشارة أمامها في كل مرة من مرات حدوثها .

تقنيات الأداء المضبوط Controlled Performance Techniques

كما رأينا في التقييم على طريقة مكتب الخدمات الاستراتيجية ، تسمح المواقف المستنبطة بملاحظة السلوك تحت ظروف تتيح لنا إمكانية الضبط والتقنين . ومن الأمثلة الغربية تلك الحالة التي قام فيها لازارس (A.A. Lazarus, 1961) بتقييم الخوف المرضي من الأماكن المغلقة ، بوضع المريض في غرفة مغلقة ثم بناؤها بحيث يمكن تضيقها بالتدريج من خلال تحريك حاجز أو ستار . وبصورة مماثلة ، قام باندورا (Bandura, 1969) باستخدام أفلام لتعريض الأشخاص لسلسلة متدرجة من المثيرات المؤدية للقلق .

وهناك سلسلة من إجراءات التقييم التي تستخدم تقنيات الأداء المضبوط في دراسة الخوف المرضي المزمن من الأفاعي ، وتمثل عدداً من المناحي لمثل هذا النوع من القياس (Bandura, Adams, & Beyer, 1997) :

التجنب السلوكي (Behavioral avoidance) . يتكون اختبار التجنب السلوكي من سلسلة من 29 مهمة أدائية تتطلب زيادة التفاعلات المثيرة للتهديد مع أفعى البوا ذات الذيل الأحمر . تم توجيه المفحوصين للتوجه نحو قفص زجاجي يحتوي على الأفعى ، ثم النظر إليها ، ثم لمسها وحملها بقفازين ثم بيدين مكشوفتين ، وتركها تسرح في الغرفة ، ومن ثم إعادتها إلى القفص ، وحملها في نطاق 12 سم من الوجه ، وأخيراً السماح لها بالزحف في حضنهم بينما يمسكون بها بأيديهم بصورة متراخية . . . أولئك الذين لم يستطيعوا دخول الغرفة التي تحتوي على الأفعى تلقوا درجة "صفر" ، أما المفحوصون الذين دخلوا فقد طُلب إليهم القيام بالمهام

المختلفة بترتيب متدرج . وللتحكم في أي تأثير ممكن للتعبيرات التي تصدر عن القائمين بالاختبار ، فقد وقفت التجربة وراء المفحوص وكانت تقرأ المهام المطلوب تنفيذها بصوت عال وكانت درجة التجنب تتحدد بعدد المهام التي يتفاعل فيها المفحوص بنجاح مع الأفعى .

إثارة الخوف المصاحب لاستجابات الإقدام (Fear arousal accompanying approach responses) . إضافة إلى قياس القدرات الأدائية ، كان يتم تقييم درجة الخوف الذي تستثيره كل استجابة من استجابات الاقتراب . فأثناء الاختبار السلوكي ، كان المفحوصون يقومون شفهاً - على مقياس ملدى نسبة الذكاء - بتقدير شدة الخوف الذي خبروه ، حين وُصفت لهم كل مهمة تتطلب الاقتراب من الأفعى ، ومجدداً أثناء قيامهم بالسلوكات المصاحبة للمهمة (ص . 127-128) .

وبوجه خاص ، فمن المهم القيام بفحص خصائص متطلبات الموقف بعناية تامة . فالسلوك في مثل هذه المواقف الضاغطة قد لا يكون من النوع الذي نراه في السلوك الاعتيادي اليومي للمريض . بمعنى أن وجود الأخصائي الإكلينيكي ، إضافة إلى الثقة بأنه لن يسمح بحدوث أي أذى للمريض ، قد يشوه واقعية الموقف بصورة دالة .

وفي بعض الحالات ، استخدمت إجراءات التقييم النفسية الفسيولوجية لأهداف إكلينيكية وبحثية . حيث استخدمت هذه المقاييس النفسية الفسيولوجية (psychophysiological measures) لتقييم الجهاز العصبي المركزي ، أو الجهاز العصبي المستقل ، أو النشاط الحركي الهيكلي بصورة غير مباشرة (Tomarken, 1995) . كما استخدمت لتقييم مجموعة من الحالات الإكلينيكية ، بما فيها القلق والضيق والفصام . ويقوم الأخصائيون الإكلينيكيون عادةً باستخدام هذه المقاييس بوصفها مكملة للأشكال التقليدية من التقييم . وتمتاز المقاييس النفسية الفسيولوجية بإمكانية قياس تلك العمليات (مثل الاستجابة العاطفية) ، التي لا يتم تقييمها مباشرة بواسطة قوائم التقرير الذاتي أو المقاييس السلوكية ، كما أنها تميل إلى كونها مقاييس أكثر حساسية لهذه العمليات ، مقارنةً بالمقاييس البديلة (Tomarken, 1995) . ومن الأمثلة على المقاييس النفسية الفسيولوجية : الإمكانيات المتعلقة بالأحداث (Event-Related Potentials-ERPs) ، التخطيط الكهربائي لنشاط العضلات (Electromyographic-EMG) ، التخطيط الكهربائي لنشاط الدماغ (Electroencephalographic-EEG) ، والنشاط الكهربائي للجلد (Electrodermal Activity-EDA) . وبالرغم من أن هذه المقاييس لها إيجابياتها بالنسبة للأخصائي الإكلينيكي ، إلا أنها ما تزال عرضةً لذات الاعتبارات السيكومترية المتعلقة بالصدق والثبات ، مثلها في ذلك مثل بقية أساليب التقييم الإكلينيكية (Tomarken, 1995) .

الجدول 9-2 أمثلة على تعريفات الرموز من نظام ترميز السلوك التفاعلي (IBC)

| السلوك السلبي |
|---|
| 1. الصراخ (yelling) : رفع الصوت بطريقة غاضبة . |
| 2. التسميات (name-calling) : إطلاق اسم على الشخص الآخر يتضمن معنىً سلبياً . يجب أن يكون اسماً . |
| 3. قراءة الأفكار (mind-reading) : نسب أو عزو معتقدات للشخص الآخر . |
| السلوك الإيجابي |
| 1. تقديم الاقتراحات : طرح حلول وأفكار معقولة (دون أمر) حول الأشياء التي يمكن القيام بها بطريقة مختلفة في المستقبل . |
| 2. سؤال الآخر عما يرغب به : محاولة معرفة ما يريد الشخص الآخر أو ما يتوقعه أو ما يفضلُه . |
| 3. التسوية/ حل الوسط : تعديل النوايا الأصلية أو التفضيلات ، أو الاستعداد للقيام بذلك . |
| ملاحظة : يتم تقدير كل رمز وفق ظهوره أثناء الإطار الزمني المطلوب . |
| المصدر : Dr. Ronald J. Prinz . |

المراقبة الذاتية Self-Monitoring

نلاحظ من نقاشنا السابق حول الملاحظة الطبيعية ، أن إجراءات الملاحظة تُصمَّم للاستخدام من قبل فريق مختص : الأخصائيون الإكلينيكيون ، مساعدي البحث ، المدرسون ، الممرضون ، رؤساء الأقسام في المستشفيات ، وغيرهم . إلا أن مثل هذه الإجراءات غالباً ما تكون مكلفة من حيث الوقت والمال . إضافة إلى ذلك ، نجد في معظم الحالات أنه من الضروري الاعتماد على عينات زمنية ، وإلا ستكون هناك قيود على مدى الملاحظة . كما أننا عند تعاملنا مع عملاء منفردين ، فسيكون من غير العملي أو من المكلف عادةً مراقبتهم أثناء تنقلهم بحرية للقيام بأنشطتهم اليومية . نتيجة لكل ذلك ، يعتمد الأخصائيون الإكلينيكيون بشكل متزايد على المراقبة الذاتية ، والتي يقوم فيها الأفراد بملاحظة سلوكياتهم وأفكارهم ومشاعرهم الذاتية ، وتسجيلها (Ciminero, Calhoun,&Adams, 1986; Korotitsch&Nelson-Gray, 1999; Mahoney, 1977b) .

وفي الحقيقة ، يُطلب من العميل أن يحتفظ بسجل سلوكي أو مذكرات سلوكية لفترات زمنية محددة مسبقاً . ويمكن لمثل هذا السجل أن يشمل تدويناً لمدى تكرار الأهداف السلوكية وشدها واستمرارها ، إضافة إلى الشروط المرافقة لها والنتائج التي تبعثها . وتزود مثل هذه البيانات كلاً من الإكلينيكي والعميل بالمعلومات حول مدى تكرار ظهور السلوك قيد الاهتمام . وبالإضافة إلى ذلك ،

يمكن لهذه البيانات أن تعطي مؤشراً للتغير الناجم عن العلاج (مثل مقارنة مدى تكرار السلوك عند الخط القاعدي بمدى تكراره بعد ستة أسابيع من العلاج) . كما أنها قد تساعد على تركيز اهتمام العميل على السلوك غير المرغوب به ، فنعمل بالتالي على تقليله . وأخيراً ، يمكن للعميل أن يتوصل إلى إدراك العلاقة ما بين المثيرات البيئية ، ونتائج سلوكه ، وسلوكه نفسه .

بالطبع ، هناك صعوبات تواجه عملية المراقبة الذاتية (Korotitsch & Nelson-Gray, 1999) . فقد لا يكون بعض المرضى دقيقين ، أو قد يقومون عامدين بنشويهم ملاحظاتهم أو سجلاتهم لأسباب مختلفة ، بينما قد يقاوم آخرون هذا الإجراء برمته . وبالرغم من هذه الصعوبات الواضحة ، فقد أصبحت المراقبة الذاتية تقنية مفيدة وفعالة . حيث يمكنها أن تقدم قدراً كبيراً من المعلومات بكلفة متدنية جداً ، وعلى أية حال ، عادةً ما تكون المراقبة الذاتية فعالة كعنصر تغيير فقط عندما تكون جزءاً من برنامج شامل للتدخل العلاجي النفسي .

وقد تم تطوير أنواع مختلفة من الأدوات المساعدة على المراقبة . إذ يمكن تزويد بعض العملاء بعدادات صغيرة أو ساعات إيقاف ، وذلك حسب طبيعة الموضوع المراد مراقبته . كما يوجد عدد من البطاقات بحجم الملف أو حافظة النقود ، بحيث يمكن للعملاء تسجيل بياناتهم بسرعة وسهولة . وعلى مستوى أقل رسمية ، قد يتم ببساطة تشجيع بعض العملاء على كتابة ملاحظاتهم في مذكرات يومية . ومثل هذه الأدوات المساعدة تبدو مفيدة بشكل خاص عند تقييم أو معالجة مشكلات من مثل البدانة أو السمنة ، والتدخين ، والنقص في توكيد الذات ، والإدمان على الكحول . كما يمكن لهذه الأدوات أن تساعد على تعزيز فكرة إمكانية تحويل مشكلات المرء إلى سلوكيات محددة . وبالتالي ، فإن العميل الذي يبدأ بشكوى عامة وعرضية ، يمكنه أن يرى بأن قوله "لا أشعر بالإيجابية حيال نفسي" يعني فعلياً عدم قدرته على تأكيد حقوقه أو المطالبة بها في ظروف محددة ، أو الحديث دون تفكير ، أو أي سلوك آخر . ويبين الشكل 3-9 أحد الأمثلة على سجلات المراقبة الذاتية (وهو هنا سجل الأفكار المتعلقة بالاختلال الوظيفي) .

يقوم العميل بملء سجل الأفكار المتعلقة بالاختلال الوظيفي (dysfunctional thought record-DTR) الذي يزود كلاً من المعالج والعميل بسجل متكامل حول الأفكار التلقائية للعميل ، والمرتبطة بالقلق أو الاكتئاب (J.S.Beck, 1995) ، ويمكن لهذا السجل أن يساعدتهما على بلورة أفكار وردود فعل معينة ، لاستهدافها بالعلاج المعرفي-السلوكي . إذ يُطلب من العميل تدوين الأفكار المتعلقة بالاختلال الوظيفي عندما يشعر باختلاف في مزاجه ؛ فيقوم بتحديد الموقف ، والفكرة أو الأفكار الأوتوماتيكية ، والشاعر المصاحبة لها . أما العمودان الأخيران من السجل ، واللذان يكونان بمثابة تدخل علاجي ، فيمكن ملؤهما أثناء الجلسة العلاجية . وبهذه الطريقة ، يكون العميل قد

تعلم إدراك تلك الأفكار الفورية الأوتوماتيكية المتعلقة بالاختلال الوظيفي ، وكيفية تقييمها وتعديلها .

المتغيرات المؤثرة على ثبات الملاحظات

Variables Affecting Reliability of Observations

سواءً جاءت بياناتهم عن طريق المقابلة أو الاختبار أو الملاحظة ، فعلى الأخصائيين الإكلينيكين التحقق من ثبات هذه البيانات . وفي حالة الملاحظة ، يجب أن يكون الإكلينيكي واثقاً من أن الملاحظين المختلفين سيتوصلون بشكل أساسي إلى التقديرات والدرجات نفسها . فعلى سبيل المثال ، عندما يقوم أحد الملاحظين للتفاعلات المنزلية بالحكم على سلوك الزوجين بأنه "منخفض من حيث التعاطف" ، فما الذي يضمن أن ملاحظاً آخر يقوم بتقييم السلوك نفسه في الظروف نفسها سيعطي الحكم ذاته؟ هنالك العديد من العوامل التي يمكنها أن تؤثر على ثبات الملاحظات ، وفيما يلي بعض الأمثلة على هذه العوامل .

تعقيد السلوك المستهدف Complexity of Target Behavior

من الواضح أنه كلما زاد تعقيد السلوك المستهدف بالملاحظة ، زادت فرص عدم الثبات . ويركز التقييم السلوكي عادةً على السلوكيات الأدنى مستوى والأقل تعقيداً (Haynes, 1998) . فالملاحظات المتعلقة بما يأكله المرء على الإفطار (سلوك متدني المستوى) ، من المرجح أن تكون أكثر ثباتاً من تلك التي تركز على السلوك البين-شخصي (سلوك مرتفع المستوى ، وأكثر تعقيداً) . وينطبق هذا الأمر على المراقبة الذاتية أيضاً . وما لم تكن السلوكيات محددة ومتفقاً عليها ، فسيكون هناك مدى واسع من السلوكيات التي على الملاحظ أن يركز عليها . وبالتالي ، ولتعريف حالة العدوان البين-شخصي ، فقد يهتم أحد الملاحظين بالمظاهر الخفية أو التهكمية ، بينما قد يتجاهلها ملاحظ آخر ، ويركز عوضاً عنها على الأفعال الجسدية الواضحة .

تدريب الملاحظين Training Observers

لا يوجد بديلٌ لعملية التدريب الدقيق والمنظم للقائمين بالملاحظة (Foster, Bell-Dollan, 1998, Tryon, 1988, Burge, 1998) . فعلى سبيل المثال ، من الواجب إعداد الأشخاص المكلفين بملاحظة ودراسة سلوكيات المرضى وتشخيصهم ، وذلك قبل التحاقهم بالمستشفيات النفسية والبدء بهذه المهمة . فمن الضروري أن يُوضَّح لهم ماذا يعني الاكتئاب مثلاً ، وما هي المظاهر السلوكية التي تمثله ، وذلك بإيجاز وتركيز شديدين . فلا ينبغي أن يكون هدفهم هو "إرضاء" المشرف عليهم (سواء بقصد

أو من دون قصد) من خلال تقديم بيانات يفترض أنها "مفيدة" للمشروع . ولا ينبغي عليهم أيضاً حماية بعضهم بعضاً عن طريق مراجعة تقديراتهم ، ومن ثمّ "الاتفاق على الاتفاق" .

وفي بعض الأحيان ، هناك حالات من انجراف الملاحظ (observer drift) ، حيث يبدأ الملاحظون الذين يعملون على مقربة من بعضهم بعضاً بصورة خفية ، ودون قصد ، بالانجراف بعيداً عن بقية الملاحظين في تقديراتهم . وبالرغم من أن مدى الثبات بين الملاحظين المنجرفين قد يكون مقبولاً ، إلا أن ذلك ليس إلا لأنهم بدؤوا مع الوقت بتعديل تعريفاتهم للأهداف السلوكية (Kent&Foster,1977) . وفي أحيان أخرى ، قد لا يكون الملاحظون حريصين في ملاحظاتهم عندما يكونون بمفردهم ، بقدر حرصهم إذا ما شعروا بأنهم مُراقبون أو سيتم تفحص عملهم والتأكد منه (Reid,1970) . وللوقاية من انجراف الملاحظ ، ينبغي التدقيق في ثبات الملاحظات بشكل دوري (من قبل مقيم مستقل) وتزويد الملاحظين بالتغذية الراجعة .

المتغيرات المؤثرة على صدق الملاحظات

Variables Affecting Validity of Observations

لسنا بحاجة إلى تكرار التأكيد على أهمية الصدق . فقد تحدثنا عن هذا المفهوم سابقاً في مناقشتنا لكل من المقابلة والاختبار ؛ وهو ليس بأقل أهمية في مجال الملاحظة . ولكن هنا ، يمكن لقضية الصدق أن تكون مضللة . ففي المقابلة ، قد يبدو واضحاً أن ما يقوله المريض للأخصائي قد لا يتطابق مع سلوكياته الفعلية في المواقف الأخرى خارج موقف المقابلة . أو في حالة الاختبارات الإسقاطية ، قد تكون هنالك تساؤلات حقيقية حول صدق استدلالنا على وجود العنف من خلال استجابات معينة على اختبار الرورشاخ ، كتلك التي تتضمن حيوانات مفترسة أو دماء أو أسناناً ضخمة . على أية حال ، فالإدراكات والمفاهيم ليست كالسلوك "الحقيقي" . ولكن في الملاحظة ، تبدو الأمور أوضح بكثير . فعندما نلاحظ طفلاً يستأسد على زملائه بلا رحمة ، وتأكيد هذه الملاحظات بتقارير من معلميه ، فلن يكون هناك تساؤل حول مدى صدق بيانات الملاحظ ، فالعدوان هو العدوان! على أية حال ، وكما سيتضح لاحقاً ، فإن الأمور ليست بهذه البساطة دائماً .

صدق المحتوى Content Validity

ينبغي أن تتضمن خطة الملاحظة السلوكية تلك السلوكيات التي يُعتقد بأنها مهمة للبحث أو للأهداف الإكلينيكية الحالية . وعادةً ما يكون الباحث أو الأخصائي الإكلينيكي الذي طور النظام ، هو الذي يحدد ما إذا كان هذا النظام يظهر صدق المحتوى أم لا . إلا أن هذه العملية تدور في حلقة

الشكل ١-٣ مثال على سطح الأفكار المتعلقة بالاختلاف الوظيفي

Beck, J. S. (1995). *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. New York: Guilford.

النتائج: عندما تقسم أن مزاياك بدأ ينحصر، أنت نفسك، كما أنه في الأثر $\chi^2_{(0.1)}$ وفقرات فرصة متساوية، ثم يتبين انحراف أو الانحراف الخطي في جدول التكرار المتعددة.

| الوقت | الموضوع | الفكر/ الأفكار/ التعليلية | الشعور/ المشاعر | الاستجابة التعليلية | النتيجة |
|---------------------|--|--|--|---|--|
| ٢/٢٣ الجمعة ١٠ ص | حدثت هائلتي مع دونا أدرس للاختحان | ١. ما هو الحدث القوي أو تأثير الأفكار، أو أحلام اليقظة أو التكرارات التي كنت أرى بشدة؟ ٢. ما هي الأشخاص المتعددة المرضية التي شعرت بها (إن وجدت؟ | ١. ما هي المشاعر التي تشعر بها الآن؟ ٢. ما مدى شدة كل شعور منها (١-١٠)؟ | ١. (المفارقة) ما هو التعريف للمرئي الذي كنت به؟ ٢. استعني الأسئلة أثناء التفكير للمجابهة مع الفكر/الأفكار. ٣. ما مدى إصابتك بكل للمجابهة؟ | ١. ما مقدار إعطائك بكل لقدرة من الأفكار التعليلية الآن؟ ٢. ما الذي تنص به الآن؟ ٣. ما مدى شدة كل شعور؟ ٤. ما الذي ستفعله الآن (أو فعلته؟ |
| ٢/٢٩ الخميس ٥ م | أفكر في محاضرة الاقتصاد المقررة غدا | ١. ما لم تعد تحسني لديا. ٩٠% ٢. لن أستطيع أن أهتم هذا. ١٠٠% ٣. لا يطلب مني الإجابة ولن أعطي حوالا جيدا. ٨٠% ٤. ما الذي أصابني؟ | ١. ما هي المشاعر التي تشعر بها الآن؟ ٢. ما مدى شدة كل شعور منها (١-١٠)؟ | ١. (المفارقة) ما هو التعريف للمرئي الذي كنت به؟ ٢. استعني الأسئلة أثناء التفكير للمجابهة مع الفكر/الأفكار. ٣. ما مدى إصابتك بكل للمجابهة؟ | ١. ما مقدار إعطائك بكل لقدرة من الأفكار التعليلية الآن؟ ٢. ما الذي تنص به الآن؟ ٣. ما مدى شدة كل شعور؟ ٤. ما الذي ستفعله الآن (أو فعلته؟ |

استطاع مساعد على إيجاد السموم بحدوثه: (١) ما هي الأخطاء التي تتسبب إلى أن تفكر في التقلية من سموم؟ غير سموم؟ (٢) هل هناك تفريق ممكن أكثر؟ (٣) ما هو السور ما يمكن حدوثه؟ هل يمكن أن أكتشف ذلك؟ ما هو الضمان ما يمكن حدوثه؟ (٤) ما هو تأثير استقلالي بوجه أكثر؟ هل هناك تفريق ممكن أكثر؟ (٥) ماذا علي أن أفعل فيما يتعلق؟ (٦) ماذا كان؟ (٧) اسم أحد الأشخاص؟ في حينه الوقت؟ ولم يكن هذه الطريقة، ماذا يمكن أن يكون؟ (٨)

تقريباً ، إذ أن النظام يكون صادقاً بهذه الطريقة إذا ما قرر الأخصائي الإكلينيكي أنه كذلك . فأتساءل
تطوير نظام الترميز السلوكي (BCS) ، نحاول ر . ر . جوتز على هذه المشكلة عن طريق تحديد عدد من
فئات السلوك المزعج لدى الأطفال ، ومن ثم إخضاعها للتقدير . وباستخدام تقديرات الأمهات ،
استطاع تثبيت أحكامه الإكلينيكية الخاصة السابقة ، حول ما إذا كانت بعض السلوكيات المنحرفة
هي في الحقيقة مزعجة أو منفرة .

الصدق التلازمي Concurrent Validity

ومن الطرق الأخرى المستخدمة لمعرفة صدق الملاحظات ، هي معرفة ما إذا كانت نتائج
الملاحظات التي قام بتقديرها الشخص منسجمة مع ما يلاحظه الآخرون (كالمعلمين ، أو الزوج/ة ، أو
الأصدقاء) ، في الإطار الزمني نفسه . فعلى سبيل المثال ، هل تتفق تقديرات الملاحظين للسلوك
العدواني لطفل ما في ساحة اللعب ، مع تقديرات رفاق الطفل وأنداده؟ باختصار ، هل يرى الأطفال
العدوان فيما بينهم بالطريقة التي يراه بها الملاحظون الآخرون؟

صدق البناء Construct Validity

تُستمد أنظمة الملاحظة عادةً من الأطر النظرية الضمنية أو الصريحة . فنظام الترميز السلوكي
(BCS) الذي وضعه جوتز وزملاؤه ، كان مشتقاً من نظرية التعلم الاجتماعي التي تنظر إلى العدوان
باعتباره نتيجة للتعلم الذي يحصل في الأسرة . وعندما تكون مكافأة سلوك العدوان كبيرة ، فسوف
يظهر العدوان حتماً . أما عندما لا تعود مثل هذه المكافأة مترتبة على حدوث ذلك السلوك ، فإن
سلوك العدوان سوف يتراجع . وبالتالي ، يمكن التحقق من صدق البناء لهذا النظام (BCS) ، عن
طريق إثبات تدني سلوك العدوان لدى الأطفال عن الخط القاعدي بعد المعالجة الإكلينيكية ،
وتعريف المعالجة الإكلينيكية على أنها إعادة ترتيب للشروط الاجتماعية داخل الأسرة ، بطريقة
ينبغي أن تقلل من مدى حدوث العدوان الملاحظ .

طرق التقدير Mechanisms of Rating

من المهم هنا أن يتم تحديد وحدة التحليل (unit of analysis) (Tryon,1998) . فوحدة
التحليل هي المدة الزمنية التي يتم أخذ الملاحظات أثناءها ، إضافة إلى نوع الاستجابات المطلوبة
وعدها . فعلى سبيل المثال ، قد نقرر تسجيل كل حركة جسدية أو إيماءة لمدة دقيقة واحدة كل 4
دقائق . وقد يتضمن مجموع زمن الملاحظة 20 دقيقة أثناء فترة استراحة أطفال الروضة ، مما يعني
القيام بتسجيل جميع الحركات الجسدية التي تصدر عن الطفل لمدة دقيقة واحدة كل 4 دقائق .

وهذه الحركات يمكن أن يتم ترميزها أو إعطاؤها درجة تبعاً للمتغير قيد الدراسة (مثل العدوان ، أو حل المشكلات ، أو الاعتمادية) .

وإضافة إلى وحدات التحليل التي تم اختيارها ، علينا أيضاً تحديد الشكل الذي سيتم من خلاله تسجيل التقديرات . فقد يقرر المرء تسجيل السلوك وفق بُعد الشدة (intensity) : ما مدى قوة هذا السلوك العدواني؟ أو قد يأخذ باعتباره تسجيل الزمن المستغرق (duration) : كم استمر هذا السلوك؟ أو لربما يلجأ إلى استخدام حساب التكرار (frequency) : كم مرة حدث المتغير موضوع الدراسة أثناء الفترة المحددة؟

عدا عن ذلك ، ينبغي تطوير إجراءات للتصحيح . ويمكن أن تتراوح مثل هذه الإجراءات بين وضع إشارات (صح) على ورقة مثبتة على لوح صغير ، واستخدام العدادات وساعات الإيقاف والمؤقتات وحتى أجهزة الحاسوب المحمولة . وعلى جميع الملاحظين طبعاً أن يستخدموا الإجراءات نفسها .

خطأ الملاحظ Observer Error

لا يوجد إنسان كامل . وبالتالي ، ينبغي مراقبة الملاحظين من حين لآخر للتأكد من دقة تقاريرهم . إذ أنهم ببساطة قد يغفلون أحياناً عن بعض الأشياء ، أو قد يعتقدون بأنهم لاحظوا أشياء لم تحدث حقيقة . فصراخ طفل ما قد يُنسب إلى طفل آخر خطأً ، أو قد يُسجل على أنه عدوان لفظي ، بينما هو في حقيقته نوع من التعبير عن الصداقة الحميمة . وفي حالات أخرى ، قد لا يكون الأمر خطأ بفدر كونه تحيزاً . ولسبب أو لآخر ، قد لا يُعجب الملاحظ بأحد أفراد الأسرة التي يقوم بملاحظتها ، وبالتالي قد يصبح مبالاً لإعطاء تقديرات بعيدة عن الإطراء لذلك الشخص ، كلما سنحت الفرصة لذلك . وأحياناً ، يحدث أن يقوم الشخص الذي تتم ملاحظته بعمل ما عند بدء فترة الملاحظة (كحل مشكلة ما بسرعة ، أو ربما إبداء تعليق ذكي) ، فيؤدي إلى إحداث نوع من أثر الهالة ، الذي يزيد من احتمالات إعطاء تقديرات إيجابية له . ومهما كانت طبيعة التحيز المحتمل أو الخطأ ، فمن المهم عقد جلسات تدريب دقيقة مسبقة للملاحظين ، إضافة إلى جلسات المراجعة الدورية ، وذلك للتقليل ما أمكن من مصادر الخطأ هذه ، التي تثير المتاعب والصعوبات .

رد الفعل Reactivity

يعد رد الفعل من العوامل التي تؤثر على صدق الملاحظة . إذ أن المرضى أو المشاركين في البحث يتأثرون أحياناً بحقيقة كونهم موضوعاً للملاحظة ، فيغيرون من طريقة سلوكهم . فالشخص الثرثار يصبح هادئاً فجأة ، والزوج المتذمر يصبح فجأةً مثلاً للتضحية بالذات . وأحياناً ، قد يصل الحال بالمرء إلى الاعتذار نيابة عن كلبه بقوله : "إنه لا يفعل ذلك أبداً عندما نكون وحدنا" . على

أية حال ، يمكن لرد الفعل أن يؤثر بقوة على صدق السلوك موضوع الملاحظة ؛ لأنه يجعل السلوك الملاحظ غير ممثل لما يحدث عادةً . والخطر الحقيقي من رد الفعل هو عدم إدراك الملاحظ له . وإذا لم يمثل السلوك الملاحظ عينة حقيقية ، فإن هذا من شأنه أن يؤثر على مدى إمكانية التعميم من هذا السلوك . بالنسبة ، قد يتدخل الملاحظ أيضاً أو يؤثر دون قصد منه على السلوك نفسه الذي كلف بملاحظته . ففي حالات اضطراب الوظائف الجنسية مثلاً ، لاحظ كونت (Conte, 1986) أن التقديرات السلوكية كانت تتدخل في مواقف الملاحظة بصورة مؤثرة ، مما يدفع الأخصائي الإكلينيكي أحياناً إلى الاعتماد على أساليب التقرير الذاتي . على أية حال ، فحتى المراقبة الذاتية قد تكون عرضة لرد الفعل أيضاً (Korotitsch & Nelson-Gray, 1999) .

الصدق الخارجي Ecological Validity

إحدى أكبر المشكلات في علم النفس (والتي لم يتم حلها بشكل تام) هي ما أشار إليها برونسويك (Brunswik, 1947) منذ سنوات عديدة مضت ، بالصدق الخارجي . فالسؤال الأساسي يدور حول ما إذا كان الإكلينيكي قد حصل فعلاً على عينات ممثلة من السلوك . فهل كان سلوك العميل غطياً اليوم؟ أم أنه جاء نتيجة لمثيرات غير عادية؟ إن سؤالاً كهذا يتجاوز مجرد رد الفعل ؛ فهو يدور حول مدى امتلاك الملاحظين لعينة واسعة وكافية تضمن التأكد من أن ملاحظاتهم ستكون ممثلة حقاً . هناك شك في أن تُعدّ جزيئية سلوكية واحدة غطيةً بالنسبة لعمليل ما . وإذا كان الوضع كذلك ، فهل العينة المؤلفة من مشاهدة واحدة أو أربع مشاهدات أو 10 أو 20 تمثل العدد الملائم؟ لطالما عانت سائر ميادين علم النفس من هذه المشكلة . فهل تُعدّ تجربة واحدة حول الإيثار عينة كافية لكل المواقف التي تتيح للأخصائي أن يعمم نتائجها عليها؟ هل تكفي الاستجابات لثلاث بطاقات من اختبار تفهم الموضوع (TAT) كعينة لنطلق تعميماً جارفاً حول "الحاجات الأساسية" للعميل؟ وهل تُعدّ الملاحظات حول المرضى الذين على وشك الخضوع لعمليات جراحية ، عامةً بشكل كافٍ لتدل على طريقة استجاباتهم لمواقف الضغط النفسي الأخرى؟

اقتراحات لتحسين ثبات الملاحظات وصدقها

Suggestions for Improving Reliability and Validity of Observation

يمكن اعتبار الاقتراحات التالية بمثابة طرق لتحسين ثبات إجراءات الملاحظة وصدقها . وكما هي الحال بالنسبة للاقتراحات المشابهة المتعلقة بالمقابلات (انظر الفصل 6) ، فإنه يتعذر تطبيقها بشكل تام في المواقف الإكلينيكية . وأياً كان الأمر ، فالوعي بهذه النقاط قد يساعد على تركيز انتباه الأخصائي الإكلينيكي على التعليمات التي من شأنها أن تحسّن صدق الملاحظات:

- 1 . حدد الأهداف السلوكية الشاملة وذات الصلة . وحدد السلوكيات المباشرة والقابلة للملاحظة التي يمكن تعريفها بموضوعية .
- 2 . أثناء تحديدك لهذه السلوكيات ، اعمل بقدر استطاعتك من خلال إطار نظري محدد ، يساعدك على تعريف السلوكيات قيد الاهتمام .
- 3 . استخدم ملاحظين مدربين يتسمون بالثبات والإمام بأساليب الملاحظة الموضوعية والمقننة .
- 4 . تأكد من أن أسلوب الملاحظة محدد بصورة تامة ، بما في ذلك وحدات التحليل ، وطريقة وضع الملاحظ للتقديرات ، والإجراءات الدقيقة للملاحظة ، ونظام التصحيح ، وجدول الملاحظة الذي سيتم اتّباعه .
- 5 . احذر من مصادر الخطأ المحتملة في الملاحظة ، كالتحيز وتذبذب التركيز .
- 6 . ضع في اعتبارك احتمالات حدوث ردود أفعال من قبل أولئك الذين تتم ملاحظتهم ، وكذلك التأثير العام لوعيهم بأنهم موضع الملاحظة .
- 7 . أول اهتماماً كافياً لقضايا مدى تمثيل الملاحظات فعلياً ، ومدى إمكانية التعميم من خلالها على السلوكيات في مواقف أخرى .

توجهات معاصرة في اكتساب البيانات

Contemporary Trends in Data Acquisition

لقد عرض هاينز (Haynes, 1998) مؤخراً عدة طرق أخذت من خلالها بعض التطورات التكنولوجية تغبر من ملامح أساليب التقييم السلوكي التي تتضمن الملاحظة . أولاً ، لقد سهّل وجود الحواسيب المحمولة واليدوية من القيام بعملية ترميز بيانات الملاحظة من قبل الملاحظين . ثانياً ، أصبحت الحواسيب اليدوية متوفرة للعملاء ، بحيث يمكنهم تقديم بيانات المراقبة الذاتية في الوقت نفسه الذي حدث فيه . كما تتمثل إحدى إيجابيات استخدام الحواسيب اليدوية في إمكانية برمجتها لكي تحت العملاء على الاستجابة لأسئلتهم ، في أوقات محددة من الصباح أو المساء . وأخيراً ، فالبيانات الموضوعية على الحواسيب المحمولة أو اليدوية ، يمكن تحميلها على أجهزة أخرى ذات قدرة أكبر على المعالجة ، وسعة أكبر ، بحيث يمكن حساب مجموع الملاحظات وتصحيحها وتحليلها . ومن الواضح أن أخصائيي التقييم السلوكي سيستمرون في الاستفادة من التقدم التكنولوجي مستقبلاً أيضاً .

فعلى سبيل المثال ، يُعتبر مقياس التقييم البيئي الآني (Ecological Momentary Assessment-EMA) (Stone & Shiffman, 1994) أداة بحث مهمة برزت خلال السنوات العشر الأخيرة . وفي الأبحاث التي تستخدم هذا المقياس ، يقوم المفحوصون بحمل مفكرات إلكترونية

(electronic diaries-EDs) معهم طوال اليوم وفي بيئتهم الطبيعية . وفي معظم الأحيان ، تكون هذه المفكرات مزودة بحواسيب يدوية بحجم كف اليد . وتتم برمجة المفكرات لحث أو تنبيه المشاركين طوال اليوم ، في أوقات عشوائية أو شبه عشوائية . وتكون عملية الحث هذه إشارة للمشاركين كي يملؤوا بطارية من التقارير الذاتية المبرمجة في المفكرات . وتُدور فقرات التقييم عادةً حول أحوال وسلوكات آنية (مثل : "كيف مزاجك الآن؟") . وبالتالي ، تُستخدم المفكرات كأدوات للوصول إلى عينات من الخبرات . وهناك عدة إيجابيات مفاهيمية للتقييم البيئي الآني ، تميزه عن تصاميم البحث التقليدية ، وذلك عندما يتركز اهتمام الباحثين على تحديد تلك العمليات النفسية الدينامية والمهمة من الناحية الإكلينيكية . وفيما يتعلق بالأبحاث المخبرية ، يتسم التقييم الآني بكونه ملائماً للبيئة (إيكولوجياً) ؛ فعمليات مثل المزاج يمكن دراستها في "البيئة الطبيعية" للأفراد ، حيث يتأثرون بالعديد من العوامل البيئية والبيئ-شخصية التي تميز حيواتهم ، والتي لا يمكن إعادة خلقها في المختبر . بالطبع ، فإن أبحاث التقييم البيئي الآني لا تقوم بتحديد عينات كهذه العمليات (المزاج) فحسب ، بل وتبيّن أيضاً الخصائص البيئية (مثل المكان ، الوقت ، ظهور صراع بين-شخصي) التي تتغير عبر الزمن ، والتي قد تكون مهمة في تفسير التباين في هذه العمليات . وبالتالي ، يمكن لدراسات التقييم البيئي الآني أن تقودنا إلى بيانات وصفية غنية للغاية .

وتعتبر الحوسبة ميزةً أخرى لأساليب التقييم البيئي الآني ، تتفوق بها على التقنيات التقليدية الميدانية . فلطالما لجأ الباحثون إلى جمع البيانات الميدانية باستخدام المفكرات الورقية ، وبالطلب إلى المفحوصين إضافة شيء على المفكرة يومياً ما بين الزيارات التي يقومون بها إلى مركز الأبحاث . ومن المآخذ الرئيسية على هذا المنحى ، عدم قدرة الباحثين على التأكد من أن التقييمات قد تمت في الأوقات المحددة في تصميم البحث . فقد يهمل المفحوصون القيام بتقديراتهم وفق الجدول الزمني المحدد ، ومن ثم يقومون بـ "التعبئة الرجعية" لمذكراتهم قبل إعادتها لمركز الأبحاث ؛ لتجنب الاعتراف بفشلهم في القيام بالتقديرات المُجدولة . ويؤدي تكرار حدوث مثل هذه التعبئة الرجعية ، دون شك ، إلى تهديد صدق الدراسة إلى حد كبير . وفي أفضل أحوالها ، فإن التعبئة الرجعية تحول التقارير الآنية إلى تقارير استرجاعية مبطّنة ، مما يجعلها عرضةً للتحيزات التي تحد من خصائص عمليات الاسترجاع (مثل النسيان ، وتحيز تقديم الذات) . ولسوء الحظ ، ولأن ممارسة التعبئة الرجعية ذات طبيعة مضللة ، فلا يمكن للباحث أن يعرف إلى أي مدى يمكن لمثل هذه الأخطاء أن تظهر في البيانات ، أو كيفية تباينها بين مفحوص وآخر . ولأن المفكرات الإلكترونية محوسبة ، فإن دراسات التقييم البيئي الآني تتجنب مشكلة التعبئة الرجعية ؛ إذ يقوم المفحوصون بإتمام التقديرات استجابةً للتنبيه الناجم عن الآلة ، ويتم تحديد وقت الإدخال بواسطة الحاسوب . وإذا ما حدث عدم التزام بالوقت ، فسوف يتم تسجيله في الحال على أنه تقييم حدث في غير الوقت المُبرمج للتنبيه . وإذا ما

حاول المفحوصون القيام بالتعبئة الرجعية ، فسيتم تحديد الوقت الذي تمت فيه ، مما يُسهّل تحديد البيانات المشكوك بها .

لقد قدّمت إحدى الدراسات الحديثة التي تدور حول خبرات الألم اليومي (Stone, Shiffman, 2002) دليلاً دامغاً يبين إيجابيات التقييم المحوسب مقارنةً بالمفكرات الورقية . حيث قام الباحثون بتحديد وقت الكتابة على المفكرات الورقية بصورة خفية ، وذلك من خلال وضع خلايا كهربائية ضوئية في غلاف ملف المفكرة ؛ لتقوم بتسجيل الوقت الذي تم فتحها فيه . وقد أظهرت النتائج أن 11٪ فقط من تسجيلات المفكرات الورقية تم القيام بها في الوقت المحدد وفق الجدول الزمني . إلا أن إقرار المفحوصين بالتزامهم بالتدوين المُجدول كان 95٪ (أي أنهم قاموا بوضع تقييمات من ذاكرتهم وأعادوا تأريخها لإعطاء انطباع بالالتزام) . وعلى النقيض من ذلك ، فمجموعة المقارنة من المشاركين الذين استخدموا المفكرات الإلكترونية الموصولة بالحواسيب اليدوية قاموا بإكمال 94٪ من التقييمات المُجدولة في أوقات التنبيه المُجدولة . وبالتالي ، فإن المراقبة المحوسبة الآن لها إيجابياتها الواضحة بالفعل .

أساليب لعب الدور *Role-Playing Methods*

يعدّ لعب الدور تقنيةً أخرى من التقنيات المستخدمة في التقييم السلوكي . وقد اقترح روتر وويكينز (Rotter & Wickens, 1948) هذا الإجراء في التقييم السلوكي منذ عدة سنوات . وقد حدّد جولدفرايد (Goldfried, 1976) مجموعةً من الحالات التي تم استخدام أسلوب لعب الدور فيها ، وخاصةً في مجال التدريب على توكيد الذات . كما ناقش جولدفرايد ودافيسون (Goldfried & Davison, 1994) مسألة لعب الدور أو التدريب السلوكي (behavioral rehearsal) كطرق للتدريب على أنماط جديدة من الاستجابات . وبالرغم من أن لعب الدور تقنيةً إكلينيكية قديمة ، إلا أن الأخصائيين السلوكيين قاموا بإجراء عدد من الدراسات المنظمة حول المشكلات المنهجية المصاحبة لهذه التقنية كأسلوبٍ للتقييم ؛ ومن بينها خصائص الدور ، تقنين الإجراءات ، أثر الهالة لدى القائم بالتقييم ، ومشكلات العينة التي تدخل في اختيار الأدوار .

لقد تم استخدام لعب الدور بشكل واسع في مجال تقييم المهارات الاجتماعية والتوكيد ، حيث قام توينتيمان وماكفول (Twentyman & McFall, 1975) بتطوير 6 مواقف سلوكية اجتماعية تتطلب من الفرد أن يلعب دوراً معيناً . وقد تم توجيه المفحوصين للاستجابة بصوت عالٍ كما هو الحال عندما يكونون فعلياً في مثل الموقف الذي تم وضعهم فيه . فعلى سبيل المثال :

أنت الآن في فترة استراحة أثناء العمل ، وشاهدت فتاة في مثل عمرك في المقصف . إنها تعمل في قسم آخر من المتجر ، وبالتالي فإنك لا تعرفها جيداً . عليك أن تتحدث معها . فماذا ستقول؟

وما أن يبدأ الشخص في الكلام حتى تستجيب فتاة من الماعدين لمحاولاته . وتستمر المحادثة إلى أن يُنهي المشارك المحادثة ، أو إلى أن تمضي 3 دقائق من الحديث .

كما استخدم ماكفول وليليساند (McFall&Lillesand,1971) أسلوب لعب الدور في تقييم توكيد الذات . حيث يُطلب من المفحوصين الاستجابة بصوت عالٍ لتسعة مشيرات مسجلة . على سبيل المثال :

الراوي : هناك شخص لا تعرفه كثيراً يريد أن يذهب إلى منزله في عطلة نهاية الأسبوع . وقد كان بحوزته بعض الكتب التي تعود إلى المكتبة ، وسألك فيما إذا كان بإمكانك إعادتها لكي لا يفوت موعد إعادتها . ومن حيث تسكن ، تستغرق المسافة مشياً إلى المكتبة حوالي 25 دقيقة ، وقد كانت الكتب ثقيلة ، ولم تكن قد خططت للذهاب إلى أي مكان قريب من المكتبة في تلك العطلة . ماذا ستقول؟ (على المرء الإجابة بصوت عالٍ) (ص . 315) .

من الواضح أن تقنية لعب الدور ليست أسلوباً جديداً ؛ فقد تم استخدامها كأسلوب علاجي منذ سنوات عديدة (e.g., Kelly, 1955; Moreno, 1946) . وربما كان اهتمام الأخصائي السلوكي بتقنيات لعب الدور ، ناتجاً عن أنها يمكن أن تقدم طريقة بسيطة وفعالة في تحديد المهارات والصعوبات السلوكية لدى الفرد . وعلى أية حال ، لا يمكننا الافتراض بالتأكيد أن المهارات السلوكية التي تظهر في غرفة العلاج ، هي ذاتها التي تُمارَس باستمرار في الحياة الواقعية .

الاستبانات وقوائم الشطب Inventories and Checklists

لقد استخدم الأخصائيون السلوكيون مختلف تقنيات التقرير الذاتي لتحديد أشكال السلوك والاستجابات الانفعالية ، والإدراكات التي يحملها الفرد حول البيئة . وقد تم استخدام جدول فحص الخوف (The Fear Survey Schedule) (Geer, 1965; Lang&Lazovik, 1963) بشكل واسع . ويتكون هذا الجدول من 51 موقفاً محتملاً لإثارة الخوف ، يتطلب من المريض أن يقوم بتقدير درجة خوفه عند ظهور كل موقف . ومن قوائم التقرير الذاتي الأخرى التي تُستخدم باستمرار : قائمة راثوس لتوكيد الذات (Rathus Assertiveness Inventory) (Rathus, 1973) ، قائمة بيك

للاكتئاب (Beck Depression Inventory) (Beck, 1972)، قائمة التقرير الذاتي للشباب (Youth Self Report) (Achenbach, 1991)، ونموذج الصراع الزوجي (Conflict Marital Form) (Weiss & Margolin, 1977).

ومن هذه القائمة الجزئية الموجزة من قوائم التقرير الذاتي، يلاحظ غياب تلك الأدوات الموجهة نحو التشخيص الطبي النفسي. وتاريخياً، لطالما كان هذا الأمر يمثل استبعاداً واعياً من قبل الأخصائيين السلوكيين، الذين لم يجدوا فائدة تذكر من التشخيص الطبي النفسي (Follette & Hayes, 1992). فأنجحت اختباراتهم أكثر نحو تقييم عيوب سلوكية محددة، وأنواع من السلوك غير الملائم، إضافةً إلى الخصائص والإمكانات السلوكية (Sunberg, 1977). وباختصار، فإن محور تركيز القوائم السلوكية هو السلوك؛ إذ يتم سؤال العملاء حول أفعال أو مشاعر أو أفكار محددة، الأمر الذي يقلل من ضرورة اللجوء إلى الاستدلال فيما يتعلق بمعنى سلوكهم.

كما تم تطوير قوائم واستبانات لتقييم إدراك الشخص للبيئة الاجتماعية (Insel & Moos, 1974). وتسعى المقاييس التي قام بتطويرها موس وزملاؤه، إلى تقييم البيئات المختلفة من حيث مدى ما توفره من فرص لتطوير العلاقات والنمو الشخصي، والحفاظ على الأنظمة وتغييرها. وهناك عدد من المقاييس المستقلة المصممة لتقييم عدد من البيئات، بما فيها بيئة العمل، وغرف الصف، وأقسام المستشفيات... إلخ.

التقييم المعرفي-السلوكي Cognitive-Behavioral Assessment

وكما سنرى في فصول لاحقة، فقد أصبحت المناحي السلوكية تتخذ توجهاً معرفياً بشكل متزايد (Goldfried & Davison, 1994; Meichenbaum, 1977). فقد أصبحت المدركات -إلى جانب السلوك- موضوع دراسة مكثفة من حيث ارتباطها بتطور الموقف المرضي واستمراره، وما يطرأ عليه من تغييرات. ويرتكز هذا التقييم المعرفي-السلوكي على الافتراض بأن مدركات العميل وأفكاره (من صورة الذات إلى الأحاديث الذاتية) تلعب دوراً هاماً في السلوك (Brewin, 1988). وبالفعل، فقد أيد ماينخاوم (Meichenbaum, 1977) استخدام منحي وظيفي معرفي (cognitive-functional approach). أي أنه ينبغي علينا القيام بتحليل الوظيفي لعمليات التفكير لدى العميل كي نضع خطة للتدخل العلاجي. كما ينبغي حصر الاستراتيجيات المعرفية بكل عناية لتحديد أي المدركات الموجودة (أو غير الموجودة) هي التي تساعد على -أو تتدخل في- الأداء الملائم، وتحت أي ظروف.

وكما أشار باركس وهولون (Parks&Hollon, 1988) ، فإن هناك عدداً من الأساليب والإجراءات المتاحة في تقييم الوظائف المعرفية . فعلى سبيل المثال ، يمكن توجيه العميل "للتفكير بصوت عالٍ" ، أو التعبير لفظياً عن أفكاره الآنية ؛ حيث يمكنه التعبير عن أفكاره ومشاعره كرد فعل لمُحادثات مسجلة متنوعة (مثل المواقف المثيرة للضغط النفسي ، أو مواقف التقييم الاجتماعي) ، ويمكنه إتمام مقاييس تقدير متدرجة ، تستهدف فقراتها المدركات التكيفية واللاتكيفية التي قد تكون حدثت في الماضي ، كما يمكنه وضع قائمة بالأفكار التي تطرأ استجابة لما يُعرض من مشيرات معينة (كموضوعات أو مشكلات معينة) .

وهناك مثال جيد مستمد من بيئة العمل ، حيث تم وضع تحليل لمهمة سلوك توكيد الذات (Schwartz&Gottman, 1976) . إذ يمكن تقييم التعبيرات المعرفية عن الذات وارتباطها بالمواقف التوكيدية ، وذلك من خلال اختبار أحاديث الذات التوكيدية (Assertiveness Self-Statement Test-ASST) . وهو استبانة مكونة من 34 فقرة ، تشمل 17 تعبيراً إيجابياً من النوع الذي يجعل رفض طلب ما أكثر سهولة ، و17 تعبيراً سلبياً من النوع الذي يجعله أكثر صعوبة . فعلى سبيل المثال :

إيجابي : كنت أفكر بأنني حرّ تماماً لأقول لا ، وكنت أفكر بأن هذا الطلب ليس منطقياً .

سلبى : كنت قلقاً حول ما سيعتقده الشخص الآخر عني إذا رفضت ، كنت أفكر أنه قد يتأذى أو يشعر بالإهانة إذا رفضت (Schwartz&Gottman, 1976, p.913) .

ومن خلال تقييم كهذا ، يتضح لنا دور التعبير عن الذات في الإبقاء على مشكلات مثل نقص التوكيد الذاتي .

ويمكن تطبيق إجراءات مشابهة لمشكلات مثل الإفراط في الأكل والاكتئاب والخلج . فهدف تقييم مخاوف الشخصين برهاب الأماكن الفسيحة مثلاً ، قام كل من كامبل و كاپوتو وبرايت وچالاغر (Chambless, Caputo, Bright,&Gallagher, 1984) بتطوير مقياس يضم أفكاراً تتعلق بالآثار السلبية اللاحقة لخبرة القلق . وثمة مثال آخر على التقييم المعرفي من أعمال سليمان وزملائه (Seligman et al., 1988) ؛ فباستخدام استبانة أنماط العزو (Attributional Style Questionnaire) ، وُجد أن تفسيرات مرضى الاكتئاب للأحداث كانت صحية أكثر من غيرها بعد فترة من العلاج النفسي المعرفي .

ومؤخراً ، قام تيرنر ويديل وهايزر وجونسون وليديارد (Turner, &Beidel, &Heiser,&Johnson, 2003) بتطوير مقياس تقرير ذاتي يقيم المدركات المرتبطة بالخوف المرضي الاجتماعي أو

الرهاب الاجتماعي، وهو مقياس الأفكار والمعتقدات الاجتماعية (The Social Thoughts and Beliefs Scale-STABS). والرهاب الاجتماعي شائع لدى السكان بشكل عام، حيث يصيب حوالي 8٪ من الأمريكيين كل عام (Kessler et al., 1994). ويحتوي هذا المقياس على فقرات لتقييم أفكار المفحوص في المواقف الاجتماعية، التي تميز أولئك المصابين بالرهاب الاجتماعي. وتشمل هذه الأفكار تلك المدركات المرتبطة بالمقارنات الاجتماعية (كالاعتقاد بأن الآخرين أكثر كفاءة وقدرة اجتماعياً)، إضافة إلى المدركات المرتبطة بعدم الملاءمة الاجتماعية (مثل الاعتقاد بأن المرء يكون ضعيفاً في المواقف الاجتماعية، وسيظهر قلقاً اجتماعياً للآخرين). وقد استطاعت درجات المقياس أن تميز بين المرضى المصابين بالرهاب الاجتماعي، وغيرهم ممن يعانون من اضطرابات القلق (Turner et al., 2003).

أما الأساليب التي تقيّم عدة بُنى معرفية في وقت واحد، فهي متاحة أيضاً (Linscott & DiGiuseppe, 1998). فعلى سبيل المثال، قام دافيسون وزملاؤه (Davidson, 1983) باستخدام أسلوب يستمع فيه المشاركون إلى شريط صوتي مسجل، يمثل عدداً من المواقف التي تحتوي على مشكلات. وبعد كل 10 إلى 15 ثانية، يتوقف الشريط بحيث يمكن المشارك من قول ما يجول في باله في تلك اللحظة. وتشير نتائج عدد من الدراسات إلى أن هذا الأسلوب يكشف عن طريقة تفكير الشخص حول المواقف الصعبة، والمواقف المريحة أيضاً (Davidson & Neale, 1998). كما وجد أنها تكشف عن مدركات ترتبط بمختلف الحالات أو الظروف، بما فيها الاكتئاب والقلق والصراع الأسري والعدوان (Linscott & DiGiuseppe, 1998).

مواطن القوة والضعف في التقييم السلوكي

Strengths and Weaknesses of Behavioral Assessment

إن استخدام ميدان التقييم السلوكي للأساليب المنهجية والدقيقة، أمر واضح وجلي. إذ يقوم أخصائي التقييم السلوكي بعرض المشكلات الإكلينيكية بصورة إجرائية، وذلك من خلال تحديد الأهداف السلوكية في التدخل العلاجي. إضافة إلى ذلك، هناك التقييمات المتعددة التي تتم قبل المعالجة وأثناءها وبعد انتهائها. وأخيراً، فإن نتائج التقييم قد تعمل على إغناء المعالجة أو التعديل عليها. وهذا الأمر نقبض للتقييم "التقليدي" الذي يحدث فيه التقييم لمرة واحدة، إما قبل المعالجة أو في المراحل الأولى منها. بالإضافة إلى أنه من غير الواضح فيما إذا كانت نتائج هذه التقييمات ذات تأثير على المعالجة.

ومهما كان الأمر ، يبدو أن دقة أساليب التقييم السلوكي وشموليتهما تعتبر مصدر قوة وضعف في أن واحد . إذ ثبت أن العديد من هذه التقنيات غير عملية في المواقف الإكلينيكية . فبعض أساليب الملاحظة الطبيعية ، إضافة إلى الأساليب النفسية الفسيولوجية ، تستغرق الكثير من الوقت ومُكلفة بالفعل . لذا بدأ الأخصائيون السلوكيون بإدخال أساليب ومقاييس أقل استهلاكاً للوقت في تقييماتهم . فعلى سبيل المثال ، أصبح من الشائع الآن تطبيق بعض أنواع قوائم التقرير الذاتي كجزء من بطاريات التقييم السلوكي . مع فارق أن هذه القوائم تحتوي على فقرات ذات ترجمة معرفي أو سلوكي ، أكثر من تلك المستخدمة في القوائم التقليدية للتقييم الذاتي . وعلى كل حال ، تفترض جميع هذه المقاييس أن التقرير الذاتي للمريض ينقل صورة دقيقة عن سلوكه أو عملياته المعرفية . هذا ، مع العلم أن السلوكيين الأوائل لم تكن لديهم ثقة كبيرة بهذه الأنماط من قوائم التقرير الذاتي .

ومن التطورات الأخرى المثيرة للاهتمام في هذا الميدان ، هو قبول نظام الدليل التشخيصي (DSM) في التصنيف . حيث أصبح الأخصائيون السلوكيون بشكل عام يسلّمون الآن بأن مثل هذه الصياغات التشخيصية قد تكون مفيدة كجزء من عناصر التقييم الكلي . إذ ينبغي دعم التشخيصات ببيانات من أساليب سلوكية أكثر تقليدية . ومهما كان الأمر ، فلم يمض زمن طويل على قيام الأخصائيين السلوكيين بنجاهل المعلومات التشخيصية للاضطرابات النفسية فحسب ، بل وعلى مهاجمة شرعية هذا المصدر من المعلومات وجدواها أيضاً . بالطبع ، ما يزال هناك بعض السلوكيين المتشددتين الذين حافظوا على هذا التصور الذي عفا عليه الزمن في تشخيص الاضطرابات النفسية ، إلا أنهم قلّة قليلة .

لماذا تغير توجه العديد من السلوكيين؟ هناك العديد من التفسيرات المحتملة ، إلا أن عدداً من هذه الاحتمالات سرعان ما يتبادر إلى الذهن . أولاً ، لقد أصبحت محكّات العديد من الاضطرابات النفسية موضوعية وسلوكية بشكل متزايد . ثانياً ، لقد اكتشف الأخصائيون السلوكيون درجة من الفائدة في استخدام التصنيفات التشخيصية ، التي نصف كوكبة من السلوكيات الالتيكيفية ، والتي بدورها يمكن أن تشكل أهدافاً علاجية ، كما أنها تساعد الأخصائي الإكلينيكي على ترقّع أي من الأعراض الأخرى (عدا الأهداف السلوكية) يمكن له أن يتغير نتيجة للعلاج . وتتمّ هذه التنبؤات بناءً على أنماط التغيّر المتلازم في بعض أعراض الاضطراب النفسي . فزيادة كمية التفاعل الاجتماعي الذي يقوم به مريض مكتئب مثلاً ، قد تؤدي أيضاً إلى إقرار أقل فيما يتعلق بالمزاج الاكتئابي . وبالرغم من الحاجة إلى المزيد من الأبحاث حول التغيّر المتلازم في السلوكيات المشكّلة (Kazdin, 1985) ، إلا أن مجموعة محكّات (قوائم الأعراض) الاضطراب النفسي تعطينا على الأقل افتراضات مبدئية حول أي السلوكيات قد تتغير ، أو لا تتغير ، نتيجة للعلاج .

أخيراً ، من الجدير بالذكر أن الظواهر والعمليات المعرفية تعدّ اليوم موضوعات ملائمة للتقييم السلوكي والتدخل العلاجي السلوكي بشكل أكبر من ذي قبل . وفي التقييم السلوكي ، لا يتم أخذ عينات من السلوك والأحداث السابقة/المثيرة والنتائج فحسب ، بل هنالك "المتغيرات العضوية" كذلك (Goldfried&Davidson,1994) . وهذه المتغيرات قد تشمل عوامل فسيولوجية متنوعة ، إلا أن هناك العديد من المتغيرات المعرفية التي يتم تقييمها أيضاً . وبالتحديد ، فإن توقعات العميل تعتبر غاية في الأهمية ؛ فتوقعات العميل فيما يتعلق بطبيعة المشكلة ، ومعناها ، والحد الأدنى من المعايير التي يضعها للنجاح ، وتوقعاته من العلاج السلوكي ، كلها تعتبر جزءاً بسيطاً فقط من المتغيرات التي يتم تقييمها ضمن التقييم السلوكي المعاصر . فقد وجد المعالجون السلوكيون على ما يبدو أن التثبيت بنماذج التعلم التي لا تشمل المتغيرات العضوية ، أمر فيه قدر كبير من التقييد .

على أية حال ، فهذا لا يترك الباب مفتوحاً على مصراعيه لأي نوع من المقاييس الفسيولوجية أو المعرفية . وإنما ينبغي أن تكون هذه المقاييس والأساليب مطابقة للمعايير الصارمة نفسها التي تطرحها الأساليب السلوكية الأكثر تقليدية . إذ يجب إثبات الصدق ، لا مجرد افتراضه . فعلى سبيل المثال ، المقياس المعرفي الذي يزعم أنه يرتبط باضطراب الهلع أو الفزع (مثل "الاعتقاد بعدم القدرة على السيطرة") يجب أن يرتبط فعلاً بمقياس سلوكي آخر لأعراض اضطراب الهلع ، كما ينبغي أن يؤدي التغيير في هذه المعتقدات إلى تحسن في أعراض أخرى لهذا الاضطراب ، وإلى نتائج أفضل في المستقبل . ومن خلال هذه الإجراءات وغيرها ، يمكن إيجاد الصدق التلازمي والتنبؤي لمقياس ما ، إضافة إلى فائدته العلاجية (Hayes, Nelson,&Jarrett, 1987; Kazdin, 1985) .

ملخص الفصل Chapter Summary

يختلف التقييم السلوكي عن التقييم التقليدي من حيث عدة نواح أساسية . إذ يركز التقييم السلوكي على التقييم المباشر (الملاحظات الطبيعية) للسلوك المشكل ، وعلى الشروط السابقة (الموقفية) ، والنتائج اللاحقة (التعزيز) . ومن خلال إجراء مثل هذا التحليل الوظيفي ، يمكن للأخصائي الإكلينيكي أن يتوصل إلى فهم أدق للإطار السلوكي وأسبابه . كما أنه من المهم أن نلاحظ أن التقييم السلوكي عملية مستمرة ، تحدث عبر جميع مراحل العلاج .

لقد استعرضنا بعض أساليب التقييم السلوكي الأكثر شيوعاً . إذ تُستخدم المقابلات السلوكية للحصول على صورة عامة للمشكلة الراهنة ، وللمتغيرات التي تعمل على إدامة السلوك المشكل . أما أساليب الملاحظة ، فتزود الأخصائي الإكلينيكي بعينة

حقيقية (بدلاً من التقرير الذاتي) من السلوك المشكل . ويمكن أن تتم الملاحظات في ظروف طبيعية (كما يحدث السلوك عادةً ، وبتلقائية) ، أو تحت ظروف أكثر ضبطاً (في المواقف أو الظروف المحاكية للواقع ، أو المبتكرة) . كما قد يطلب الأخصائي السلوكي من العملاء أن يقوموا بالمراقبة الذاتية ("ملاحظة الذات") لسلوكياتهم وأفكارهم ومشاعرهم . على أن هنالك عدة عوامل يمكن أن تؤثر في ثبات هذه الملاحظات وصدقها ، بما فيها مدى تعقيد السلوك المُلاحَظ ، وكيفية تدريب الملاحظين ومراقبتهم ، ووحدة التحليل المختارة ، والنظام المستخدم للترميز السلوكي ، ورد الفعل تجاه كون المرء هدفاً للملاحظة ، ومدى تمثيل الملاحظات للواقع .

وأخيراً ، فقد ناقشنا استخدام لعب الدور أو التدريب السلوكي ، وقوائم التقرير الذاتي أو قوائم الشطب ، والتقييم السلوكي الأكثر تركيزاً على النواحي المعرفية . ومن المحتمل أن يشتمل مستقبل التقييم السلوكي على المزيد من أساليب التقييم المعرفي والنفسي الفسيولوجي ، وعلى الاستفادة أكثر من التقدم التكنولوجي (مثل أساليب جمع البيانات بمساعدة الحاسوب) ؛ لجعل التقييم السلوكي أكثر دقة وصدقاً وفعالية .

المصطلحات:

- الشروط أو الظروف السابقة (antecedent conditions) : شروط المثير ، أو الظروف التي تؤدي إلى حدوث السلوك قيد الاهتمام .
- التقييم السلوكي (behavioral assessment) : منحى في التقييم ، يركز على التفاعلات بين المواقف والسلوكات ، بهدف إحداث التغيير السلوكي .
- المقابلات السلوكية (behavioral interviews) : المقابلات التي يتم إجراؤها بهدف التعرف إلى السلوك المشكل ، والعوامل الموقفية التي تعمل على استمراره ، والآثار التي تنجم عن هذا السلوك .
- التدريب السلوكي (behavioral rehearsal) : لعب الدور . ويتم استخدام مصطلح التدريب السلوكي في الحالات التي يحاول فيها المريض أن يطور نمطاً جديداً من الاستجابة .
- التقييم المعرفي-السلوكي (cognitive-behavioral assessment) : منحى في التقييم ، يركز على أن أفكار المرء أو مدركاته تلعب دوراً مهماً في لسلوك .

■ المنحى المعرفي-الوظيفي (cognitive-functional approach) : منحى في التقييم ، يدعو إلى التحليل الوظيفي لعمليات التفكير لدى العميل . وفي هذا المنحى ، يقوم الأخصائي الإكلينيكي بتحليل دقيق لمدرجات الشخص ، وكيف تساعد أو تتدخل في أدائه ، وتحت أية ظروف تحدث .

■ الأحداث اللاحقة (consequent events) : النتائج ، أو الأحداث التي تنبثق عن السلوك قيد الاهتمام .

■ الملاحظة المضبوطة (controlled observation) : أسلوب من أساليب الملاحظة ، يمارس فيه الأخصائي الإكلينيكي شيئاً من الضبط الهادف للأحداث التي تتم ملاحظتها . كما ويعرف هذا الأسلوب بالملاحظة السلوكية التناظرية . ويفضل استخدام الملاحظة المضبوطة في المواقف التي لا يحدث فيها السلوك وحده بشكل متكرر ، أو عندما يكون من المرجح أن تؤدي الأحداث الاعتيادية إلى إبعاد المريض عن نطاق مراقبة الملاحظ .

■ تقنية الأداء المضبوط (controlled performance technique) : إجراء تقييمي ، يقوم فيه الأخصائي الإكلينيكي بوضع الأفراد في مواقف أدائية مضبوطة بدقة ، ثم يجمع البيانات المتعلقة بأدائهم/سلوكهم ، و/أو ردود فعلهم الانفعالية (التي يتم تقديرها ذاتياً) ، و/أو المؤشرات النفسية الفسيولوجية المتعددة .

■ سجل الأفكار المتعلقة بالاختلال الوظيفي (dysfunctional thought record-DTR) : سجل يقوم العميل بملئه . وهو يزود العميل والمعالج بسجل حول الأفكار الأوتوماتيكية للعميل ، والمرتبطة بالكرب أو الاكتئاب .

■ التقييم البيئي الأنفي (ecological momentary assessment) : أسلوب جديد من أساليب التقييم السلوكي ، يقوم فيه المشاركون بتسجيل أفكارهم أو شاعرهم أو سلوكهم بمجرد حدوثها في بيئتها الطبيعية . ويتم تحقيق ذلك عادةً باستخدام المفكرات الإلكترونية .

■ الصدق الخارجي (الإيكولوجي) (ecological validity) : في إطار التقييم السلوكي ، هو المدى الذي يتم من خلاله تمثيل السلوك الذي تم تحليله ، للسلوك الطبيعي النموذجي للفرد .

■ المفكرات الإلكترونية (electronic diaries) : تقنية تُستخدم في التقييم السلوكي ، حيث يحمل الأفراد حواسيب يدوية مبرمجة لحثهم على القيام بالتقييمات في لحظات زمنية معينة ، وذلك في البيئة الطبيعية للمشاركين .

■ التحليل الوظيفي (functional analysis) : أحد الخصائص الرئيسية للتقييم السلوكي . وفيه يتم إجراء تحليل دقيق للمثيرات التي تسبق السلوك والنتائج المنبثقة عنه ، للتوصل إلى فهم دقيق لمسببات هذا السلوك .

■ الملاحظة المنزلية (home observation) : الملاحظة التي تجري في منزل المريض ، ويقوم بها ملاحظ مُدرَّب يستخدم نظاماً ملائماً للقيام بالملاحظات .

- **الملاحظة في المستشفى (hospital observation) :** الملاحظة التي تتم في المستشفى أو المؤسسة النفسية ، وذلك باستخدام أداة للملاحظة ، تم تصميمها لهذا الغرض .
- **الملاحظة (observation) :** تقنية أساسية في تقييم السلوكي . ويتم استخدامها عادةً للتوصل إلى فهم أفضل للسلوك المشكل ، من حيث مدى تكراره وشدة وانتشاره ، إضافةً إلى العوامل التي تعمل على استمراره .
- **انجراف الملاحظ (drift observer) :** ظاهرة يبدأ فيها الملاحظون الذين يعملون معاً لمدة طويلة دون قصد بالانجراف بعيداً عن الملاحظين الآخرين في تقييماتهم .
- **المتغيرات العضوية (organismic variables) :** خصائص العميل الجسدية أو الفسيولوجية أو المعرفية ، والتي تعدّ مهمةً في تعريف مشكلة العميل وصياغة المعالجة الفعالة له .
- **المقاييس النفسية الفسيولوجية (psychophysiological measures) :** تُستخدم لتقييم الجهاز العصبي المركزي ، أو الجهاز العصبي المستقل ، أو النشاط الحركي للبدن . وميزة المقاييس النفسية الفسيولوجية هي إمكانية قياسها للعمليات (مثل الاستجابة العاطفية) التي لا يتم تقييمها مباشرةً بواسطة فوائم التقرير الذاتي أو المقاييس السلوكية ، كما أنها تميل إلى كونها مقاييس أكثر حساسيةً لهذه العمليات ، مقارنةً بالمقاييس البدنية . ومن الأمثلة عليها : الإمكانات المتعلقة بالأحداث (ERPs) ، التخطيط الكهربائي لنشاط العضلات (EMG) ، التخطيط الكهربائي لنشاط الدماغ (EEG) ، والنشاط الكهربائي للجلد (EDA) .
- **رد الفعل (reactivity) :** في إطار الملاحظة ، هي الظاهرة التي يستجيب من خلالها الأفراد إلى حقيقة أنهم تحت الملاحظة ، وذلك بتغيير سلوكهم .
- **لعب الدور (role-playing) :** تقنية يتم فيها توجيه المرضى للاستجابة بالطريقة التي يستجيبون بها عادةً في موقف مُعطى . وقد يتم وصف الموقف لهم ، أو قد يقوم أحد المساعدين بتمثيل دور الشخص الآخر فعلياً .
- **العينة (sample) :** يستخدم التقييم السلوكي منحى "العينة" في القياس ؛ أي أن الهدف هو جمع أمثلة تمثل المواقف وأشكال السلوك قيد الاهتمام .
- **الملاحظة المدرسية (school observation) :** ملاحظة سلوكية تتم في المدرسة . وكما هو الحال في الملاحظة المنزلية ، يقوم ملاحظون مدربون بتقييم المريض باستخدام نظام ملائم للملاحظة .
- **المراقبة الذاتية (self-monitoring) :** تقنية من تقنيات الملاحظة ، يقوم فيها الفرد بملاحظة وتسجيل سلوكه أو أفكاره أو مشاعره (بما فيها معلومات تتعلق بالتوقيت والتكرار والشدة والاستمرارية) .
- **الإشارة (sign) :** منحى يُستخدم في التقييم التقليدي ؛ حيث يكون الهدف هو التعرف على دلائل تشير إلى الصفات الكامنة .

- الاختبار الموقفى (situational test) : تقنية من تقنيات الملاحظة المضبوطة ، حيث يقوم الأخصائى الإكلينيكي بوضع الأفراد فى مواقف مشابهة إلى حد قريب أو بعيد لتلك المواقف التى تحدث فى واقع الحياة ، ومن ثم يلاحظ ردود فعلهم بشكل مباشر .
- نموذج سورك (SORC model) : نموذج من نماذج تصور المشكلات الإكلينيكية وفهمها من منظور سلوكي . ويتكون من : المثير (S) أو الظروف السابقة التى تؤدي إلى السلوك المشكل ، والمتغيرات العضوية (O) المرتبطة بالسلوك المشكل ، والاستجابة (R) أو السلوك نفسه ، والنتائج (C) أو الآثار اللاحقة التى تتبع السلوك المشكل .
- وحدة التحليل (unit of analysis) : فى إطار الملاحظة ، هى المدة الزمنية التى ستستغرقها الملاحظة ، ونوع الاستجابات التى سيتم تقييمها ، وعددها .

10

الفصل العاشر

الحكم الإكلينيكي

Clinical Judgment

- 1- ما هي إيجابيات المنحى الإكلينيكي في التنبؤ ، وما هي سلبياته؟
- 2- ما هي إيجابيات المنحى الإحصائي في التنبؤ ، وما هي سلبياته؟
- 3- كيف يمكن تحسين الحكم الإكلينيكي؟
- 4- ما هي العقبات الأساسية أمام تطبيق إجراءات التنبؤ الإحصائي؟
- 5- ما هي الاعتبارات الأساسية التي ينبغي مراعاتها عند إعداد التقرير النفسي؟

محتويات الفصل:

- العملية والدقة .
- تحسين الحكم والتفسير .
- الاتصال : التقرير الإكلينيكي .
- ملخص الفصل .

بقدر ما يحاول علم النفس الإكلينيكي أن يكون علمياً وموضوعياً ، ما يزال من المستحيل عملياً تقييم تقنياته التشخيصية والتقييمية بمعزل عن الخصائص الإكلينيكي الذي يقوم بها . ولعل عنوان هذا الفصل "الحكم الإكلينيكي" كاف بحد ذاته لبيان حقيقة أن الخصائص الإكلينيكيين يلجؤون إلى عمليات الاستدلال في عملهم الإكلينيكي ، والتي غالباً ما تكون بعيدة بدرجة أو أخرى عن الموضوعية . فعملية الحكم الإكلينيكي ودقته وطرق توصيله أو التعبير عنه ، ما تزال ظاهرة ذات طابع شخصي في غالب الأحيان .

وفي هذا الفصل ، سنتناول عدداً من الطرق التي يقوم الأخصائي الإكلينيكي من خلالها بجمع بيانات التقييم والوصول إلى نتائجه . إضافة إلى ذلك ، سنتناقش دقة الأحكام والانطباعات الإكلينيكية . وأخيراً ، سنلقي نظرة سريعة على الطريقة التي يتم من خلالها عادة توصيل نتائج التقييم : التقرير الإكلينيكي .

العملية والدقة Process and Accuracy

سنبدأ نقاشنا للحكم الإكلينيكي بعنصر أساسي مهم ، ألا وهو التفسير .

التفسير Interpretation

لا يسعنا إلا أن نتفق مع ل . هـ . ليفي (L.H.Levy, 1963) في قوله إن "التفسير هو أهم نشاط منفرد يقوم به الأخصائي الإكلينيكي" (صiii) . والتفسير عبارة عن عملية استدلالية (Nisbett&Ross, 1980) تبدأ بمجرد انتهاء عملية التقييم . فالمقابلات تكون قد اكتملت ، والاختبارات النفسية طُبقت ؛ ويبقى السؤال : ما الذي يعنيه كل هذا؟ وما هي القرارات الواجب اتخاذها؟

على أقل تقدير ، تُعتبر عملية التفسير أو الحكم الإكلينيكي عملية معقدة . فهي تتضمن مشيرات مثل : الصفحة النفسية لاختبار مينيسوتا (MMPI-2) ، درجة الذكاء ، أو حتى إيماءة أو صوت . كما تشمل استجابات الأخصائي الإكلينيكي أيضاً لأسئلة مثل : "هل هذا المريض ذهاني؟" ، "هل يعكس سلوك المريض توقعات متدنية بالنجاح؟" ، أو حتى : "ما هي طبيعة المريض؟" ، إضافة إلى شمولها لخصائص الإكلينيكي نفسه ، كبنية المعرفة واتجاهه النظري . وأخيراً ، تدخل العوامل الموقفية لتمثل جانباً آخر من هذه العملية ، والتي يمكن أن تشمل أي شيء ؛ بدءاً من أنماط المرضى وأصنافهم ، إلى القيود والمتطلبات التي تفرضها طبيعة المكان على التنبؤات

الإكلينيكية . فعلى سبيل المثال ، قد يقوم الأخصائي الإكلينيكي الذي يعمل في مركز جامعي للصحة النفسية بإصدار مدى واسع من الأحكام (من الإدخال للمستشفى ، إلى العلاج النفسي ، إلى مجرد ترك الجامعة) ، بينما قد يخضع الأخصائي الإكلينيكي الذي يعمل في السجن ، لقيود تحد من خياراته .

الإطار النظري The Theoretical Framework

وكما ذكرنا عبر صفحات هذا الكتاب ، يسعى الأخصائيون الإكلينيكيون جاهدين لاكتشاف أسباب المشكلات النفسية أو جذورها ، كما يحاولون فهم المرضى من أجل مساعدتهم . ويمكن صياغة المشكلات الإكلينيكية بطرق مختلفة (كالسيكودينامية أو السلوكية أو المعرفية) ؛ بمعنى أن التفسيرات التي يقوم بها الأخصائي الإكلينيكي الفرويدي ستختلف حتماً ، وبشكل جذري ، عن تلك التي سيقوم بها الأخصائي الإكلينيكي السلوكي . وقد يلاحظ اثنان من الأخصائيين إصرار الطفل في محاولاته للنوم في سرير أمه ، لكن كلا منهما يفسر هذا السلوك وفق توجهه النظري . فهو بالنسبة للفرويدي إشارة إلى عقدة أوديبية لم تحل . أما بالنسبة للسلوكي ، فسيصبح التفسير هنا في إطار التعزيز . في الحقيقة ، إن إحدى الطرق التي يمكن للإكلينيكيين أن يقيموا تفسيراتهم من خلالها ، تتمثل في فحص مدى اتساقها مع النظرية التي اثبتت عنها تلك التفسيرات . إن عدد التفسيرات التي يمكن استخلاصها من مجموعة من الملاحظات أو الاستجابات للمقابلات أو بيانات الاختبارات هائلٌ ومربكٌ في آن . وتبني منحنى نظري معين ، يمكن للأخصائيين الإكلينيكيين أن يقيموا تفسيراتهم واستنتاجاتهم وفقاً لتطابقها مع النظرية التي انطلقت منها ، هذا بالإضافة إلى ما يمكن أن يتمخض عنها من افتراضات إضافية .

العينات، الإشارات، والارتباطات Samples, Signs, and Correlates

وكما ذكر في الفصل التاسع ، يمكن النظر إلى بيانات المرضى بطرق مختلفة . أولاً ، يمكن النظر إلى مثل هذه البيانات على أنها عينات . إذ أن الملاحظات ، أو درجات الاختبارات ، أو الاستجابات على الاختبارات ، أو غيرها من البيانات ، يُنظر إليها كعينات لمدى أوسع من المعلومات ، التي يمكن الحصول عليها خارج غرفة الإرشاد . فعلى سبيل المثال ، عندما يكون أداء المريض ضعيفاً على مقياس وكسلر الثالث للذاكرة ، فإن هذا يُعدُّ عينةً للسلوك خارج موقف الاختبار (مشكلات تتعلق بالذاكرة) .

وثمة طريقة أخرى لتفسير بيانات المريض ، هي أن نعتبر هذه البيانات إشارةً لبعض الأوضاع أو الشروط أو المحددات الكامنة . فإذا وضعنا السلوكيين المتطرفين جانباً ، نجد أن العديد من الإكلينيكيين يسعون إلى الاستدلال على مجموعة متنوعة من المحددات الكامنة ، وذلك من خلال ملاحظتهم لسلوكيات المرضى واستجاباتهم على الاختبارات . فبالنسبة لبعضهم ، قد يكون المحدد

الكامن هو القلق ، وبالنسبة لبعض آخر منهم ، قد يكون هذا المحدد هو قوة الأنا ، بينما يرى آخرون غيرهم أن هذا المحدد هو توقعات الفرد . والمهم في جميع هذه الحالات ، أن يُنظر إلى الملاحظة كشيء يدل على محددات كامنة . فالشكل الرديء في استجابات المريض على اختبار الرورشاخ مثلاً ، يُفسر عادةً كإشارة على ضعف اختبار الواقع (الذهانية) .

وهناك نظرة ثالثة لبيانات المريض ، تركز على ارتباط هذه البيانات بأشياء أخرى . فملاحظة السلوك القلق وفتور العواطف ، أو عدم القدرة على التركيز لدى مريض مكتئب ، قد تقود الأخصائي الإكلينيكي إلى التنبؤ بارتباط هذه الصفات بانخفاض في النشاط الجنسي أو العلاقات الاجتماعية أو الرغبة في البحث عن عمل . . . إلخ . ونتيجة لذلك إذن ، يمكن تفسير بيانات التقييم من حيث ما تحمله من دلالات على وجود ارتباطات سلوكية أو اتجاهية أو انفعالية .

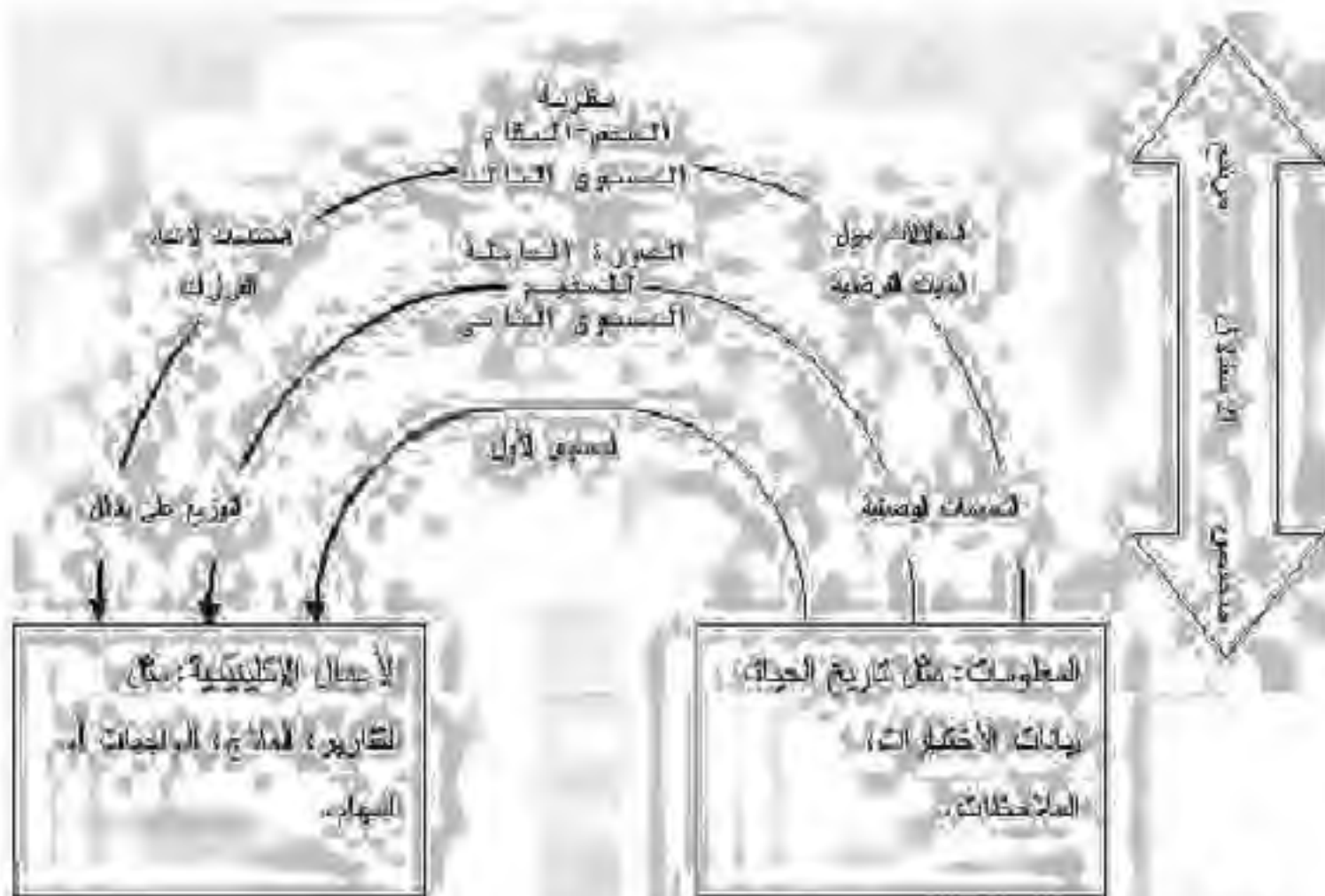
مستويات التفسير Levels of Interpretation

سواء نظر الأخصائيون الإكلينيكيون إلى البيانات على أنها عينات أو إشارات أو ارتباطات ، فإنهم يتوصلون إلى استدلالات أو استنتاجات تمكنهم من الانتقال من مستوى هذه البيانات الإكلينيكية إلى مستوى التوصيات أو التقارير أو التنبؤات . لقد وصف سَندبيرج وتايلور وتايلين (Sundberg, Tyler, & Taplin, 1973) ثلاثة مستويات من الاستدلالات أو التفسيرات ، والمبينة في الشكل 1-10 .

يتضمن المستوى الأول من التفسيرات قليلاً من الاستدلال ، ولا شيء بالتأكيد من منحى الإشارة . وابتداءً بالمداخلات وحتى المخرجات ، عملياً لا توجد هناك أية خطوات وسيطية . فعلى سبيل المثال ، إذا كان من المعروف - بناءً على الخبرة الماضية - أن الطلاب الذين يجلسون في المقاعد الأمامية من الصف يحصلون دائماً تقريباً على علامات "أ" أو "ب" ، فيمكن للإكلينيكي عندها أن ينتقل مباشرة من أرقام المقاعد إلى التنبؤ بالدرجات ، دون الحاجة إلى أية عوامل عزو وسيطية ، مثل درجات الذكاء أو المسابقات السابقة أو غيرها . ويمكن لهذا المنحى البسيط والفعال ، في الوقت نفسه ، الاستغناء عن أخصائيين إكلينيكين بمستوى عالٍ من التأهيل كي يضعوا استدلالاتهم المنطقية والغريبة قبيل تنبؤاتهم ؛ إذ يمكن أن يقوم بذلك التقنيون أو حتى أجهزة الحاسوب أو الآلات . وتُستخدم تفسيرات المستوى الأول في الغالب مع أعداد كبيرة من الأفراد إذا كان الغرض الأساسي منه هو المسح والتصنيف ، وإذا كان التنبؤ بنتائج شخص ما بمفرده أمراً ليس ذا أهمية نسبياً . ويمكن اعتبار اختبار القبول الجامعي مثلاً مناسباً على هذه الحالة . فقد تنبأ درجة واحدة للاختبار ، وبصورة دقيقة ، بالأداء الأكاديمي لألف طالب جديد . وبالرغم من أن تلك الدرجة المفردة قد تخطئ في التنبؤ بأداء الطالب "س" ، إلا أن درجة معينة من الخطأ يمكن تحملها إذا كان الاهتمام الأساسي هو معرفة عدد الطلاب الذين يحتمل أن ينجحوا في دراستهم ويتخرجوا .

أما تفسيرات المستوى الثاني فتشمل نوعين من الاستدلال . فقد يقوم الأخصائي الإكلينيكي بملاحظة المريض ، ثم يستنتج أن السلوك الملاحظ يصف المريض بشكل عام . ويصف ساندبيرج وزملاؤه (1973) هذا النوع الأول من الاستدلال بالتعميم الوصفي (descriptive generalization) . وهنا ، ينتقل الأخصائي الإكلينيكي من بعض الدلائل السلوكية إلى تعميمات أوسع ، لكنها تبقى ضمن المستوى الوصفي . بالتالي ، بالنسبة للمريض المتململ ، والذي يدخن 3 سجائر أثناء المقابلة ، ويتلعثم في حديثه ؛ قد يصل الإكلينيكي إلى تعميم وصفي مفاده أن المريض يعاني من قلق المقابلة . وإذا ما تبين لاحقاً أن المريض يجد صعوبة في الاسترخاء بالمنزل ، ولا يمكنه الجلوس طيلة فترة الاجتماعات في المكتب ، وقلقٌ جداً حول تسديد رهن المنزل ، فقد يذهب الإكلينيكي إلى تعميم وصفي أوسع . أما النوع الثاني من الاستدلال فهو البنية الافتراضية (hypothetical construct) التي تشير إلى وجود حالة داخلية ، والتي تأخذ الإكلينيكي إلى ما هو أبعد بقليل من التعميم الوصفي . فعندما يبدأ الأخصائي بإطلاق التعميمات والصاق محددات داخلية بالعميل بشكل خاص ، فهو بذلك ينتقل مباشرة إلى التفسير الإكلينيكي كما يُستخدم عادةً .

الشكل 10-1 مستويات التفسير



المصدر : مقتبس من :

N . D. Sundberg, L. E. Tyler, J. R. Taplin, Clinical Psychology: Expanding Horizons , 2nd ed . 1973

أما تفسيرات المستوى الثالث ، فتأخذ الأخصائي الإكلينيكي إلى ما هو أبعد من المستوى الثاني ، باعتبارها أكثر شموليةً وتكاملاً . ففي هذا المستوى ، يحاول الإكلينيكي الوصول إلى فهم متسقٍ وواسع لـ "الفرد في الموقف" . إذ يرسم صورةً متكاملةً للمحددات النمائية والاجتماعية والنفسية للمريض ، تتضمن نظاماً نظرياً مترابطاً من الفرضيات والاستنتاجات . فتكرار استجابات "الدماء" مثلاً على اختبار الرورشاخ ، قد يكون إشارةً على عدوانٍ كامن ، والذي قد يقود بدوره إلى ثورات اندفاعية ، أو نقصٍ في السيطرة (Rapaport, 1946) .

النظرية والتفسير Interpretation and Theory

في الوقت الحالي ، قد ينتسب الأخصائيون الإكلينيكيون من حيث التفسير ، إلى ثلاث فئات واسعة . فهناك أولاً الإكلينيكيون السلوكيون ، وكما رأينا ، فإن الأخصائي السلوكي التزمّت بتجنب القيام باستدلالاتٍ حول حالاتٍ كامنة ، ويركز عوضاً عن ذلك على سلوك المريض الظاهر . كما أنه يبحث عادةً عن البيانات المتعلقة بالمريض ، والتي تقوم على الملاحظة الشخصية أو التقارير المباشرة من المريض أو من ملاحظين آخرين . وتُعتبر هذه البيانات بمثابة عينات . ويكون الاستدلال هنا ضمن تفسيرات المستوى الأول والمستوى الثاني إلى حد كبير ، بالرغم من أن بعض السلوكيين بدؤوا مؤخراً بإبداء بعض الاهتمام بالتفسيرات من المستوى الثالث .

وهناك مجموعة ثانية من الإكلينيكيين تفاخر بكونها تجريبية وموضوعية . والأرجح أن يستخدم هؤلاء الإكلينيكيون بوجه خاص الاختبارات الموضوعية للتنبؤ بمحكات محددة نسبياً . فهل ستنبأ درجات الاختبارات "أ" و"ب" و"ج" مثلاً بالنجاح في الجامعة أو بنتائج العلاج أو بالاندفاع العلواني؟ إن هذا المنحى السيكمومتري في التفسير - كما سنرى بعد قليل - مفيدٌ بشكل خاص عندما يكون المحكّ الذي يتم التنبؤ به حاسماً وواضحاً . وبشكل عام ، فهذا المنحى يستخدم البيانات من حيث ارتباطاتها . فالدرجة الواقعة على نسبة 95 مثلاً في الاختبار "س" ، قد ترتبط بالعودة إلى السلوك الإجرامي لدى الشُّجَاء . وأكثر ما يهتم به الأخصائي ذو المنحى السيكمومتري هو تلك الاختبارات المقننة ومعاييرها ، أو معادلات الانحدار ، أو الجداول الإحصائية ؛ كما يميل إلى توظيف التفسيرات من المستويين الأول والثاني .

أما المجموعة الثالثة من الإكلينيكيين ، فترتاح أكثر للمنحى السيكودينامي ، الذي طالما كان شائعاً في علم النفس الإكلينيكي . وبالرغم من الميل الغالب لدى الأخصائيين الإكلينيكيين

المعاصرين نحو تفضيل أحد التوجهات السلوكية أو السيكومترية الأكثر موضوعية ، إلا أنه ما يزال هنالك شيء من السيكودينامية عند العديد منهم ، وبأكثر مما يرغبون بالاعتراف به . ويسعى المنحى السيكودينامي إلى التعرف على تلك الحالات أو المحددات الداخلية المفترضة . ويُنظر إلى البيانات المستقاة من الاختبارات الإسقاطية والمقابلات الإكلينيكية غير المقننة وغيرها من المصادر ، على أنها إشارات تدل على تلك الحالات الكامنة . ويتجه التفسير هنا نحو الغوص في المستوى الثالث . وغالباً ما تُرسم صورةً عريضةً وانطباعية حول المريض ، على الرغم من التوكيدات المعيارية الدقيقة التي تصاحب ذلك في العديد من الحالات .

المنحى الكمي مقابل المنحى الذاتي

Quantitative Versus Subjective Approaches

تدل المناقشة السابقة على وجود منحيين متميزين في الحكم والتفسير الإكلينيكي . يتمثل الأول بالمنحى الكمي أو الإحصائي الذي يؤكد على الموضوعية والبعد عن أي تفكير غامض أو مبهم . أما الثاني فيتمثل بالمنحى الذاتي أو الإكلينيكي الذي يزعم أتباعه أنه السبيل الوحيد لأية تفسيرات وتنبؤات مفيدة حقاً .

المنحى الكمي الإحصائي The Quantitative, Statistical Approach

ولعل أبسط أشكال التنبؤ الكمي الذي يمكن للإكلينيكي استخدامه يتضمن إعطاء درجات محددة لمختلف خصائص المريض . وهذا يتيح للأحصائي الإكلينيكي تحديد مدى الارتباط بين أي صفتين أو خاصيتين . فعلى سبيل المثال ، لنفترض أنه وبعد عدة سنوات من الممارسة ، بدأ أحد الأخصائيين الإكلينيكين بالشك بوجود علاقة مباشرة بين الإنهاء المبكر للعلاج النفسي وحاجة المريض للاستقلال . هنا ، قد يحاول الإكلينيكي التحقق من هذا الافتراض بإيجاد الارتباط بين درجات "الحاجة للاستقلال" بواسطة مقياس للتقرير الذاتي ، وبين طول مدة بقاء المريض في العلاج . فإذا ما تبين أن الارتباط أكبر من 0.05 ، حينها يمكن للإكلينيكي أن يستخدم درجات مقياس الحاجة للاستقلال للتوصل إلى تفسيرات وتنبؤات حول المدة التي يستغرقها العلاج .

بالطبع ، فلا يمكن للمرء غالباً أن يبني أية تنبؤات مهمة بناءً على درجة أو خاصية واحدة ؛ فإنهاء العلاج عملية شديدة التعقيد عادةً ، ولها عدة محددات . ونتيجةً لذلك ، قد يرغب

الأحصائي الإكلينيكي بالحصول على درجات حول عدد من المتغيرات الأخرى ، مثل قوة الأنا ، والرضا الزوجي ، والثقة البين-شخصية . وعندها يمكن له بناء نموذج تنبؤي متعدد المتغيرات ، وإخضاعه للاختبار . إلا أن هنالك تحذيراً مهماً يجب أن يبقى في الاعتبار ، فبالرغم من أننا قد نحصل على ارتباطات عالية من هكذا تحليل ، فقد تكون الارتباطات أدنى بكثير عند تطبيقها على عينة جديدة . وهذا صحيح بوجه خاص عندما تكون العينة الأصلية صغيرة ، وعدد التنبؤات كبيراً . إضافة إلى ذلك ، فالعينة التي تم إجراء الدراسة الأولية عليها قد لا تمثل المرضى الذين يخضعون للعلاج النفسي بشكل عام . فما هو صحيح في ولاية كنساس قد لا يكون كذلك في كاليفورنيا ، وما هو صحيح بالنسبة للعلاج بالتحليل النفسي قد لا يكون كذلك في العلاج السلوكي . بالتالي ، على الأحصائي الإكلينيكي أن يكون متأكداً من تحديد أوزان الدرجات المناسبة للمتنبؤات المختلفة ، قبل الذهاب بعيداً في تعميماته . إذ يجب عليه تبيان وجود الصدق البيني لنماذجه التنبؤية باستخدام عينات أخرى .

إن هذه التقنيات الإحصائية تتيح التطبيق الآلي الذي لا يتضمن اتخاذ أية قرارات إكلينيكية بمجرد وضع المعادلة . والسمة المميزة لهذه المناحي الإحصائية مقارنة بالإكلينيكية ، هي أن الأولى (مهما كانت مكوناتها الرياضية المعقدة) يمكن تطبيقها روتينياً بمجرد وضع البرنامج أو المعادلة من قبل كاتب بسيط أو حاسوب .

إذن ، يتطلب المنحى الكمي الإحصائي من الأحصائي الإكلينيكي أن يحتفظ بسجلات دقيقة من البيانات المستمدة من الاختبارات ، ومن الملاحظات ، أو بأية مواد أخرى ذات صلة ؛ بحيث تمكنه من وضع التفسيرات والأحكام الإكلينيكية بصورة كمية . ومثل هذا الاحتفاظ الدقيق بالسجلات ، سيتيح للإكلينيكي أن يتجاوز الانطباعات غير الرسمية المبينة على الخبرة السابقة . وبوجود سجلات وافية لعينات واسعة وكافية ، يمكننا عندها تقييم العلاقات بين مجموعة كاملة من المتغيرات . وسواء كان الأحصائي الإكلينيكي يقيم أداءه الشخصي أو أداء عيادة بأكملها ، أو كان يقوم بربط خصائص معينة للمرضى بنتائج تشخيصية أو علاجية معينة ، فإن البيانات الكمية يمكنها أن تلعب دوراً ميسراً ومعززاً . إذ أنها تتيح للإكلينيكي أن يقيم أحكامه وتفسيراته وأدائه .

المنحى الذاتي الإكلينيكي The Subjective, Clinical Approach

يُعتبر المنحى الإكلينيكي أكثر ذاتيةً واعتماداً على الخبرة والحدس . حيث يكتفي بالأوزان الذاتية المعتمدة على الخبرة ؛ فبكون التركيز منصباً على تطبيق الحكم على الحالة الفردية . وتقليدياً ، هنالك الفكرة الكلاسيكية التي تقضي بأن "الحدس الإكلينيكي" (clinical intuition) لا يخضع للتحليل والتحديد الكمي بسهولة . فهو عملية خاصة تجعل الإكلينيكين أنفسهم أحياناً غير

قادرين على التعرف على تلك الدلالات في استجابات المرضى للاختبارات أو في تعبيراتهم اللفظية التي قادت الإكلينيكين إلى استنتاج أو حكم معين .

في إحدى المرات على سبيل المثال ، وأثناء تطبيق اختبار الرورشاخ ، قال أحد المرضى : " يبدو هذا كشجرة عيد الميلاد " . فما الذي يعنيه ذلك؟ ربما لا شيء . أو ربما يشير إلى رغبته بالعمل في الغابات ، أو ربما يشير إلى وجود حزن أو اكتئاب كامن لدى الشخص ؛ نتيجة قلة الأصدقاء أو أفراد العائلة الذين سيشاركونهم موسم العطلة القادم . وفي هذه الحالة ، ثم دعم الافتراض الأخير من قبل المريض أثناء مناقشة خلفيته الأسرية . وقد علّل طالب علم النفس الإكلينيكي الذي قدم التفسير الصحيح أثناء تمرين تدريبي ، بأن أسبابه كانت كالتالي : " نحن قريبون من فترة الأعياد ، وكانت هنالك عدة إشارات في اختبار تفهم الموضوع (TAT) تدل على بُعد الشخص عن العائلة . وقد تذكّرت كيف أصبح دائماً حزينا بعض الشيء أثناء عيد الميلاد ، فقفزت الفكرة فجأة إلى رأسي ، وكنت أعلم أن هذا صحيح تماماً ، لقد بدت صحيحة بكل بساطة!"

يوضح لنا هذا المثال عدداً من الأمور المتعلقة بالتفسير الإكلينيكي . أولاً ، يتضمن مثل هذا التفسير قدرة حساسة على دمج المعلومات أو المواد ، فالإكلينيكي الحاذق يولي اهتماماً لذلك المدى الواسع من الأحداث التي تصف سلوك المريض وتاريخه ونتائج الاختبارات الأخرى ، وهكذا . وعليه ، يجب أن يعمل بدرجة ما كمفتش ، يأخذ كل ما هو موجود في موقع الجريمة ، ومن ثم يقوم بوضع سلسلة من التعميمات الاستقرائية أو الاستنباطية التي تربط هذه الملاحظات ببعضها بعضاً . إضافة إلى ذلك ، هنالك عادة رغبة لدى الإكلينيكي برؤية شيء من نفسه في المريض ، وهو نوع من التشابه المفترض ، الذي يتيح للأخصائي الإكلينيكي الاستفادة من خبراته الذاتية في تفسير سلوك الآخرين أو مشاعرهم .

ولسوء الحظ ، لقد تم تناول هذا المثال من جانب واحد . فلم تتم الاستفادة كثيراً من الطالب الذي اعتقد بأن شجرة عيد الميلاد توحى باهتمام المريض بالعمل في الغابات . بالتالي ، علينا اعتبار ملاحظتين إضافيتين هنا . الأولى أن هنالك فروقاً فردية في الحساسية الإكلينيكية . والثانية أن في كل حالة من الاستدلال الإكلينيكي الذكي والحساس ، يُحتمل أن يكون هنالك من الأمور الكامنة في خبايا الذاكرة ما يجعل تفسيراتنا أيضاً خاطئة .

فالتفسيرات الإكلينيكية إذن تتضمن الدمج الحساس للعديد من مصادر البيانات ؛ لتشكّل صورةً متسقة مترابطة عن العميل . كما أنها تلبي مهمة التوصل إلى فروض قائمة على نظرية للشخصية ، بحيث تكون واضحة بشكل جيد . ولكن يتوجب على الإكلينيكين المسؤولين أن يبذلوا ما بوسعهم لتحديد الأدلة التي تتضمنها أحكامهم ، ولتوضيح الطريقة التي استخدموها للانتقال من

الدلائل إلى الاستنتاجات . فلا يكفي أن تكون إكلينيكيًا ماهراً ، إذ تقع عليك أيضاً مسؤولية إيصال تلك المهارات للآخرين .

متى تلجأ للمنحى الإحصائي؟ The Case for a Statistical Approach

يكون المنحى الكمي الإحصائي في الحكم الإكلينيكي فعالاً بشكل خاص عندما تكون النتيجة أو الحدث الذي سيتم التنبؤ به معروفاً ومحدداً . وفي مثل هذه الحالات ، لا تضيف البيانات الإكلينيكية الإضافية ذات الصبغة الانطباعية ، سوى القليل عادةً . وهذا صحيح بوجه خاص عند التعامل مع عدد كبير من الأشخاص ، وعندما تكون نسبة التنبؤات الصحيحة بالأداء أكثر أهمية من التنبؤ الصحيح لأداء كل فرد على حدة . وكما ذكرنا سابقاً ، فعندما تكون مهمتنا مجرد التنبؤ بدرجات مجموعة من الطلبة الجامعيين الجدد في مساق ما ، يُنصح الإكلينيكي باستخدام البيانات الموضوعية المستمدة من العلامات المدرسية ، والدرجات على اختبار القدرة . ولأن الدرجات الجامعية الجيدة يمكن التنبؤ بها بشكل عام من خلال القدرة والاستغلال الفعال لهذه القدرة سابقاً ، فإن مزيداً من العوامل الكلية والدقيقة قد لا تضيف إلا القليل .

ويعود الكثير من الفشل في المناحي الذاتية الإكلينيكية الخالصة إلى الميل للاعتماد على محكّات غامضة . فكثيراً ما يقوم الأخصائي الإكلينيكي بإصدار الحكم التالي : "بناءً على درجات المقياس السابع من اختبار مينيسوتا (MMPI-2) ، فإن المريض سوف يستفيد من العلاج النفسي" . إن مثل هذا التصريح الغامض لا يحتوي على مرجعيات محددة . فما الذي يشكل "فائدة" في مثل هذه الحالة؟ هل سيتم الاستنتاج باستفادة المريض أو عدم استفادته من العلاج بناءً على توكيدات المريض نفسه ، أم بناءً على حكم الأخصائي المعالج؟ إن التصور المفاهيمي غير المحكم للتنبؤ السابق يحول دون اختبار تجريبي . ولكن ماذا لو قام الأخصائي الإكلينيكي بتعريف النتيجة بصورة واضحة ومحددة ، كاستمرار في العلاج العقلاني-الانفعالي لمدة 12 شهراً ، مصحوباً بنجاح في العلاج يُقدَّر بسبع درجات أو أكثر (على مقياس يتكون من 10 درجات) من قبل ملاحظ خارجي؟ عندها يصبح بالإمكان وضع معادلة مبنية على مقابلات موضوعية أو محكّات اختبارية ، يمكنها التنبؤ بنجاح لمجموعة كبيرة محددة من المعالجين .

وتُستخدم المصطلحات الإكلينيكية عادةً بشكل فضفاض ودون معنى صريح محدد . فعلى سبيل المثال ، بيّن جريسون وتولمان (Grayson & Tolman, 1950) منذ زمن ، أن الأخصائيين الإكلينيكين والأطباء النفسيين ينسبون معاني عديدة ومختلفة لمفاهيم مثل العدوان والقهريّة . ومن شأن المنحى الموضوعي الإحصائي أن يفرض تحديداً أكبر للمعنى الذي ينبغي أن يقود في النهاية إلى تنبؤات أكثر دقة على هيئة معادلات . وهذا قد يقلل كثيراً من عدم ثبات الأحكام التي تتصف بها المناحي الحدسية عادةً .

وهناك سبب آخر لتبني النموذج الإحصائي ، يتمثل في أن العديد من الأوصاف الإكلينيكية تبدو قابلةً للتطبيق على الجميع دون استثناء . وكما ذكرنا في فصل سابق ، ينبغي لأوصاف الشخصية أن تظهر فائدةً إضافية ؛ إذ يجب أن تكشف شيئاً يتجاوز ما يعرفه الجميع قبل بدء التقييم . وبتحديد أدق ، ينبغي أن يقوم الإكلينيكيون بتطوير أوصاف ذات معنى لمرضاهم ، تؤدي إلى التوصل إلى تنبؤات محددة . على أية حال ، فكثيراً ما يضع الإكلينيكيون تفسيرات تبدو صادقة ، إلا أنها في حقيقتها تصف الناس جميعاً ، وهذا يُعرف بأثر بارنوم (Barnum effect) ؛ وهو عبارة عن فكرة تعود إلى تقرير وزّعه د . ج . پاترسون (D. G. Paterson) ، ونوّه إليه لاحقاً ميهل (Meehl, 1956) . وتبدو العبارات البارنومية وكأنها وصف ذاتي ، ولكنها في الواقع تصف جميع الناس تقريباً ، ولا تتسم بالتمييز . فعلى سبيل المثال ، من يمكنه أن يُنكر موافقته للعبارات التالية :

أحياناً لا أكون واثقاً من نُصحي الجنسي .

لا أكون دائماً بالثقة نفسها التي يعتقد معظم الأشخاص بأنني أتحملى بها .

أحتفظ عادةً بمشاعري الحقيقية لنفسى ما لم أكن بصحبة أشخاص أرتاح إليهم .

والتوضيح 10-1 يناقش أثر بارنوم بتفصيل أكبر .

ومع الاتجاه نحو التحديد الكمي ، يمكن للمنحى الإحصائي أن يتخلص من الكثير من عدم الثبات في الأحكام الإكلينيكية . فالصّيغ والمعادلات المستنبطة موضوعياً ، والمعايير الصريحة ، والتنبؤات الموزونة ومعادلات الانحدار ، والأوصاف والتنبؤات الموضوعية بعناية ، كلها يمكن أن تجتمع لتحل محل القابلية للخطأ في الحكم الإكلينيكي بإجراءات آلية تقلل من احتمال الخطأ إلى حده الأدنى .

إذن لماذا لا يقوم المزيد من الأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين بتبني المنحى الإحصائي؟ هناك على الأرجح أسباب عديدة ، لا تجعل بعضهم ينظرون إلى المناحي الإحصائية بعين الرضا . ويصف داوس (Dawes, 1979) ثلاثة من هذه الأسباب .

فلنأخذ موقفاً تم فيه رفض طلب قدمه أحد الطلبة للالتحاق بأحد برامج الدراسات العليا بسبب درجاته على اختبار الثانوية (GPA) وامتحان القبول الجامعي (GRE) . أولاً ، يذكر داوس أن بعضهم سيخالف مثل هذه المؤشرات التنبؤية من منطلق تقني . فهم يدّعون أن هذه المؤشرات قصيرة الأمد وغير معمّقة . فحجّة "أعلم أنه بإمكانني النجاح إذا منحوني الفرصة" ليست برهاناً بقدر كونها تعبيراً عن الأمل . إذ تزعم حجة المنحى المضاد للإحصاء عادةً ، أن هنالك حكماً خبيراً "في مكان ما" يمكنهم الحكم بمستوى نفسه ، إن لم يكن أفضل من المعادلات . ولكن المشكلة هي أن مثل هؤلاء الخبراء لم يوجدوا بعد!

مثال على "أثر بارنوم": الخصائص الكامنة للراشدين من أبناء الأشخاص المدمنين على الكحول

قام لوجو وشير وفرينش (Logue, Sher, & Frensch, 1992) بفحص ما إذا كان القبول الراسع ظاهرياً لأوصاف شخصية الراشدين من أبناء مدمني الكحول يُعزى -جزئياً على الأقل- إلى أثر بارنوم. والعبارات ذات الطبيعة البارنومية تنطبق على كل شخص تقريباً، وبالتالي تبدو وكأنها تصف شخصاً بعينه. إلا أنها في الواقع تصف الأشخاص بشكل عام، وتفتقر إلى القدرة التمييزية، وإلى الفائدة الإكلينيكية.

وقد وضع مؤلفو عددٍ من الكتب الراجعة حول الراشدين من أبناء مدمني الكحول، افتراضاً مفاده أن الكحولية عند الوالدين لها آثارها السلبية على الأسرة، مما يؤدي إلى ظهور مجموعة من المشكلات لدى أبناء مدمني الكحول عندما يبلغون رشدهم. وهذه المشكلات تشمل: الشعور بالذنب، الشعور بالعار، فقدان الأمان، انخفاض تقدير الذات، الضعف، إضافةً إلى مشكلات في تدبر العلاقات الانفعالية والحميمة. وقد افترض لوجو وزملاؤه أن هذه الأوصاف لقيت شعبيةً؛ لا لأنها تصف الراشدين من أبناء مدمني الكحول فحسب، بل لأنها تميل لوصف جميع الأشخاص بشكل عام.

وقد طُلب من مجموعتين من طلبة السكالوريوس (من الراشدين من أبناء مدمني الكحول، ومن غيرهم) أن يقوموا بتقدير درجاتهم على صفحةٍ نفسيةٍ للشخصية وفق مدى انطباقها عليهم. وقد تكونت هذه الصفحات من ست عبارات لوصف الشخصية (مثل: "عند حدوث الأزمات فإنك تحاول العناية بالآخرين"). وكان هناك نوعان من الصفحات النفسية للشخصية: (أ) الصفحة النفسية لشخصية الراشدين من أبناء مدمني الكحول، والتي تحتوي على عبارات شخصية مستوحاة من الأدبيات المتعلقة بهذا الموضوع، و(ب) الصفحة النفسية البارنومية، والتي تتكون من عبارات شخصية مستوحاة من عدد من استبانات الشخصية، والمستخدمة في الأبحاث المتعلقة بأثر بارنوم. وقد تمت مطابقة هذه الصفحات مع المستوى العام للمرغوبة الاجتماعية (والتي تم تقييمها من خلال عينة مستقلة). وباختصار، فإن نتائج دراسة لوجو وزملاؤه تشير إلى أن الصفحات النفسية للراشدين من أبناء مدمني الكحول تم تقييمها على أنها تصف الذات بشكلٍ مرتفع، سواء لدى المشاركين من الراشدين من أبناء مدمني الكحول أولدى المشاركين الآخرين. وتوصل الباحثون إلى أنه يبدو أن هذه الأوصاف الشخصية الشائعة، فيها من الصفة البارنومية ما يجعلها تفتقر إلى الصدق في وصفها للراشدين من أبناء مدمني الكحول.

ثانياً، قد يُرفض هذا المنحى لأسباب نفسية. فالعديد من الأشخاص سرعان ما يتذكرون تلك المرات التي كان حدسهم فيها صائباً، لكنهم ينسون بسهولة تلك التي كان خاطئاً فيها. وكمثال آخر، يمكن للأخصائي الإكلينيكي أن يعمل لا شعورياً بجهد أكبر مع عميلٍ تتبأله بالنجاح في العلاج. فتأتي النتيجة الإيجابية إذن لتثبت للأخصائي أن حدسه الإكلينيكي كان صائباً!

ثالثاً ، هناك مصادر أخلاقية للمقاومة . فبعض الأشخاص يحملون فكرة مفادها أن احتزال الشخص المتقدم بالطلب إلى مجرد رقم ، ليس عادلاً ، أو يجبره من قيمته كإنسان . ويناقد داوس (Dawes, 1979) هذه الحجة بقوله :

مهما كانت النتائج مثبتة أو مزعجة نفسياً ولا تروق لنا ، ومهما كنا غير مرتاحين أخلاقياً تجاه "احتزال الأفراد إلى مجرد أرقام" ، فالحقيقة تبقى أن عملاءنا أشخاص يستحقون أن يُعاملوا بأفضل طريقة ممكنة . وإذا كان ذلك يعني - كما يبدو في الوقت الحاضر - أن تتم عمليات الاختيار والتشخيص والتنبؤ ، لا على شيء سوى جمع عدد من الأرقام التي تمثل قيماً أو خصائص مهمة ، فليكن كذلك . وإذا ما قمنا بغير ذلك نكون قد خدعنا الأشخاص الذين نخدمهم (ص . 581) .

متى نلجأ للمنحى الإكلينيكي؟ The Case for a Clinical Approach

إن الصعوبة في المنحى الإحصائي الذي يعتمد على نماذج التنبؤ أو معادلات الانحدار هي أن الأخصائي الإكلينيكي سوف يحتاج إلى مدى واسع منها كي يعمل كإكلينيكي . فهذا الميدان في الوقت الراهن ، ليس فيه من المعادلات الثابتة والصادقة ما يكفي للتنبؤ بنتائج العلاج ، أو القيام بالتفسيرات أثناء العلاج ، أو التوصية بوضع الطفل في صف خاص بدلاً من إيداعه في مؤسسة خاصة مثلاً . هل يوصي الأخصائي الإكلينيكي بالعلاج الديني ، أم بممارسة هواية ، أم بالإرشاد الزوجي ، أم بتجربة الانفصال ، أم ماذا؟ فالإكلينيكي المنهمك والمتعب ، قد لا تتوافر لديه معادلة انحدار جاهزة حتى للقرارات المهمة ، فما بالك بالأحكام العادية التي عليه القيام بها باستمرار؟ لقد كان ميهل (Meehl, 1957) هو القائل منذ زمن : "سنلجأ في معظم الأحيان لاستخدام عقولنا ، إذ لا توجد هناك أية صيغ أو معادلات" (ص . 273) . ولسوء الحظ ، لم يتغير الوضع كثيراً منذ أن أبدى ميهل ملاحظته هذه .

بالطبع ، عندما يكون على الأخصائي الإكلينيكي التنبؤ بنتائج محددة ، ولديه الوقت الكافي لتطوير صيغ أو معادلات جيدة ، فمن السهل عندها أن يتفوق أداء هذه المعادلات على أداء الأخصائي . وسنناقش الأدلة على هذا بعد قليل . على أية حال ، حتى هنا ، فإن حكم الأخصائي الإكلينيكي يمكن أن يضيف شيئاً في بعض الأحيان ، خاصة عندما تكون العينة متجانسة نسبياً . فلنفترض مثلاً أن الصيغة المستخدمة لاختيار الطلاب للدراسات العليا تعتمد فقط في درجاتهم على امتحان القبول الجامعي (GRE) وعلى درجاتهم في المرحلة الجامعية الأولى . قد تعمل هذه الصيغة بشكل جيد عندما يكون الاختيار ضمن عينة أولية متجانسة من المتقدمين الذين سيبلون بلاءً حسناً . إلا أنه منذ هذه النقطة فلاحقاً ، قد تكون الأحكام الإكلينيكية المتعلقة بالدافعية أو

بأوجه الشخصية مفيدة في التمييز اللاحق بين أولئك الذين تم اختيارهم . أي أن العينة النهائية ستكون منتقاة بدرجة قد تصبح معها العلامات ودرجات الاختبارات السابقة غير قادرة على التمييز بشكل جيد . وقد تصبح الاستدلالات الإكلينيكية مفيدة بعد التقييم الأولي ؛ لأنها تزودنا ببيانات إضافية ترتبط بالنجاح في التدريب . إن الاحتفاظ بحجم كبير من البيانات في رؤوسنا ودمجها بصورة مترابطة ، ليس بالأمر الذي نتفوق فيه نحن البشر (Dawes, 1979) . فينبغي على الإكلينيكين أن يستخدموا الحاسوب والمعادلات لهذا الغرض ، وأن يوفرُوا قدراتهم العقلية الخاصة لما يتفوقون به : اختيار ما يجب النظر إليه ، وتقرير ما يجب عمله بهذه النتائج .

هناك إسهام آخر للأخصائي الإكلينيكي ، يتمثل في وظيفته كجامع للبيانات . فعلى سبيل المثال ، قد يتبين للأخصائي أنه من المهم معرفة خصائص معينة حول المريض بهدف التنبؤ . لكن قد لا يكون الكشف عن هذه الخصائص ممكناً دون إجراء مقابلات مكثفة ، أو القيام بتفسيرات متعمقة تستند إلى نتائج الاختبارات . وكمثال آخر ، قد توحى بعض أوجه البيانات المستمدة من تاريخ الحياة ، إلى أن المريض لديه ميلٌ للقيام باعتداءات جنسية عنيفة تجاه النساء . ومع أن علم النفس الإكلينيكي لا يمتلك معادلة انحدار ثابتة للتنبؤ بمثل هذه الاعتداءات ، إلا أن هذا يقلل البيانات التي يمكن أن يكشف عنها الأخصائي الإكلينيكي الماهر . وعليه ، هنالك - في الوقت الحاضر - من البيانات ما لا يمكن التوصل إليه إلا من خلال التقصي الإكلينيكي الدقيق . إذ تكون الصيغ التنبؤية بأفضل صورها عندما تتوافر لدينا نتائج الاختبارات . ولكن في بعض الأحيان تكون أصناف الاختبارات المطلوبة غير موجودة بكل بساطة . فعندما نتعامل مع أحداث نادرة (كالاتحار) مثلاً ، فإن تكرار حدوثها يكون منخفضاً جداً بدرجة لا تسمح للإكلينيكين بتطوير صيغ ملائمة لها . ولكن سواءً أكانت نادرة أم لا ، فمثل هذه الأحداث مهمة جداً ، ويجب التعامل معها من خلال الحكم الإكلينيكي .

وأخيراً ، قد يرى العديد من الأشخاص أن القدرة على التنبؤ بنتائج محددة ليست هي الهدف الأوحد للعلم ؛ بل إن فهم الظواهر ووصفها هي الأهداف الأكثر أهمية . وبالرغم من وجود بعض الصديق في هذه النظرة ، إلا أن هذا كثيراً ما يصبح مبرراً لاستخدام مصطلحات مُبهمة ، وتطبيق محكّات غامضة بدورها ، كما ذكرنا سابقاً . أما الموقف المعارض لتلك النظرة ، فيؤكد على أنه عندما يُطرح الوصف والفهم بلغة واضحة وصريحة ، وبمرجعيات ومحكّات محددة ؛ عندها يأتي التنبؤ كنتيجة طبيعية حتمية .

Comparing Clinical and Actuarial Approaches

على مر السنين ، ظهرت العديد من الدراسات التي تقارن بين الدقة النسبية للأساليب الإكلينيكية والإحصائية (Grove, Zalad, Lebow, Snitz, & Nelson, 2000) . فلننظر الآن إلى بعض هذه الأعمال .

دراسات المقارنة Comparison Studies

قارن ساربين (Sarbin, 1943) التنبؤات بالنجاح الأكاديمي للطلبة الجامعيين الجدد التي قام بها موظف مستخدماً معادلة انحدار ، بتنبؤات أخرى تمت بواسطة عدد من المرشدين . وقد كانت متنبئات معادلة الانحدار عبارة عن درجات اختبار لاستعداد الطالب ومرتبته في المدرسة الثانوية . وقد أتيح المصدران السابقان للمرشدين (لكن دون أوزانهما الرياضية) ، بالإضافة إلى درجات الميول المهنية ، وبيانات المقابلات ، والبيانات الشخصية . وقد وجد ساربين (1943) أن المرشدين لم يكونوا أفضل تنبؤاً من معادلة الانحدار ، وذلك رغم إفادتهم من معلومات أكثر بكثير .

ومن خلال مسح أجراه ميهل (Meehl, 1954) لعدد من الدراسات المتوافرة حول التنبؤ الإكلينيكي والإحصائي ، وجد فيها "جميعاً ، باستثناء واحدة . . . إن التنبؤات التي يتم التوصل إليها (إحصائياً) كانت إما مساوية تقريباً أو متفوقة على تلك التي يقوم بها الأخصائي الإكلينيكي" (ص 119) . وفي مسح لاحق لأبحاث إضافية ، أعاد ميهل (1965) تثبيت استنتاجاته السابقة . على أية حال ، لقد لاحظ ميهل أيضاً أن التنبؤات الإحصائية - في عدد من الدراسات - كانت تقوم على البيانات نفسها التي تم تطوير معادلات الانحدار منها . وباختصار ، لم تكن الصيغ أو المعادلات تخضع لإجراءات تثبت صدقها عبر العينات . وكما نوهنا سابقاً ، فإن مثل هذه الصيغ تُظهر باستمرار انخفاضاً في الفعالية عندما يتم تطبيقها على عينات مختلفة عن تلك التي تم استنباطها من خلالها .

وقد اعتبر سوير (Sawyer, 1966) أن البيانات التي يتم جمعها عن طريق المقابلة أو الملاحظة هي بيانات إكلينيكية . وهو ينظر إلى البيانات التي يحصل عليها عن طريق قوائم التقرير الذاتي أو السيرة الذاتية أو كتابة ، على أنها بيانات إحصائية أو آلية . ومع الأخذ بعين الاعتبار المشكلات المنهجية والنتائج غير الحاسمة للدراسات التي قام بفحصها ، فقد خلص سوير إلى أن الطريقة الآلية لدمج البيانات تتفوق على الطريقة الإكلينيكية . على أية حال ، فقد توصل أيضاً إلى أن الأسلوب الإكلينيكي مفيد في عملية جمع البيانات ، فيمكن لهذا الأسلوب أن يقدم تقييماً للأخصائين التي لا يتم تقييمها عادة بالطرق الآلية في جمع المعلومات . ولكن إلى حين يتم جمع البيانات (من أي مصدر كان) ، فإن أفضل الطرق لدمجها هي المناحي الإحصائية .

ولعل الاستشهاد بمثال لإحدى الدراسات التي تقارن بين التنبؤين الإكلينيكي والإحصائي قد يساعدنا في توضيح طبيعة هذا الاختلاف .

ومن أكثر الدراسات التي يُشار إليها عند مقارنة التنبؤ الإكلينيكي بالتنبؤ الإحصائي هي تلك الدراسة التي أجراها جولدبيرج (Goldberg, 1965) . حيث طلب من 13 فرداً من حملة الدكتوراة و16 متدرباً أن يقوموا بالحكم على الحالة التشخيصية لأكثر من 800 مريض ، بناءً على درجاتهم على اختبار مينيسوتا (MMPI) . وقد توصلوا إلى أحكامهم هذه دون أي اتصال شخصي مع المريض أو الحصول على أية معلومات إضافية عنه . حيث قام كل محكم بفحص الصفحة النفسية (الدرجات) لكل مريض ، ثم التنبؤ بما إذا كان المريض "ذهانياً" أو "عصبياً" . وكانت هذه الأحكام بمثابة تنبؤات إكلينيكية ؛ حيث ترك لكل محكم الوصول إلى التشخيص وفقاً لطريقة استخدامه لبيانات اختبار مينيسوتا (MMPI) .

وبعكس ذلك ، تتضمن التنبؤات الإحصائية تطبيق مختلف اللوغاريتمات (الخوارزميات) التي يتم دمج درجات مقاييس اختبار مينيسوتا (MMPI) من خلالها (جمعاً أو طرحاً) بطريقة معينة ، ومن ثم استخدام نقاط القطع الموضوعية سابقاً للعصاب مقابل الذهان . إضافة إلى ذلك ، فقد تضمنت بعض التنبؤات الإحصائية تطبيق قواعد محددة للقرارات بناءً على ارتفاع بعض الدرجات على اختبار مينيسوتا (MMPI) أو غيرها من الإشارات السيكمترية . وقد تمت دراسة ما مجموعه 65 قاعدة مختلفة ذات أساس كمي .

ولكن ، بماذا تمت مقارنة هذه التنبؤات الإكلينيكية والإحصائية من أجل الوقوف على مدى دقتها؟ في هذه الدراسة ، كان التشخيص المحكي هو التشخيص الذي يفرق بين الذهاني والعصابي من قبل المستشفى أو العيادة التي يتردد عليها المريض . وبالتالي ، فإن دقة كل التنبؤات الإكلينيكية والإحصائية واللوغاريتمية كانت تتحدد بمدى الاتفاق بين التنبؤات والتشخيصات المحكية الفعلية عبر جميع الحالات .

وبين الجدول 1-10 نتائج مُختارة من هذه الدراسة . ومع أنه لم يتم عرض جميع المؤشرات الإحصائية هنا ، إلا أنها تكفي لإعطاء القارئ انطباعاً عاماً حول النتائج . أولاً ، كان الحكم (التنبؤ الإكلينيكي) مصيبين في 62% من الحالات في المتوسط . وبما يسترعي الانتباه أن مستوى الدقة لدى المتدربين كان مشابهاً لمستواه لدى الأخصائيين الإكلينكيين من حملة الدكتوراة ، ونزوي الخبرة الطويلة . ثانياً ، هنالك عدد (ما مجموعه 14) من المؤشرات الإحصائية (التنبؤ الإحصائي) التي كانت مشابهة أو متفوقة على الحكم من حيث مستوى الدقة العامة في التنبؤ . كما تبين أن عدداً من قواعد القرارات التشخيصية القائمة على الدمج الخطي البسيط بين الدرجات على مقاييس اختبار مينيسوتا (MMPI) (مثل مقياسي PT-SC) قد تفوقت على الإكلينكيين .

وفي أحدث وأشمل مراجعة للدراسات التي قارنت بين التنبؤ الإكلينيكي والإحصائي ، بين جروف وزملاؤه (Grove et al.,2000) مرة أخرى أن التنبؤات الإحصائية كانت متفوقة في 50٪ من الدراسات ، بينما لم تتفوق التنبؤات الإكلينيكية إلا في عدد قليل من الدراسات (حوالي 6٪) . وقد تبين صدق هذا المنحى بغض النظر عن مهمة الحكم (كالتنبؤ بنتائج العلاج) ، ونوع المحكمين (الأطباء مقابل الأخصائيين النفسيين) ، ومدى خبرة المحكمين ، أو نوع البيانات التي تم جمعها . وبالتالي ، ولأنه أقل كلفة من التنبؤ الإكلينيكي (نتيجة لكلفة العاملين بشكل أساسي) ، فإن التنبؤ الإحصائي مفضل على حد قول ميهل (Meehl,1986) :

لا يوجد خلاف في العلوم الاجتماعية حول ذلك الحجم الكبير من الدراسات المختلفة في نوعيتها والمتماثلة في اتجاهها كما هو الحال هنا . فعندما تدفع بتسعين بحثاً -العدد الذي ازداد بشكل درامي مع حلول عام 2005- للتنبؤ بكل شيء ، من نتائج مباريات كرة القدم إلى تشخيص أمراض الكبد ، ولا يكون بوسعك العثور على نصف دزينة من الدراسات التي تبين ميلاً ولو ضعيفاً لصالح الإكلينيكيين ، عندها يكون قد آن الأوان للخروج ببعض الاستنتاجات العملية (ص 374-373) .

الجدول 10-1 دقة التنبؤات الإكلينيكية مقابل الإحصائية في دراسة جولدبرج (1965)

| مصدر التنبؤ | معدل نسبة الدقة (ن = 861) |
|------------------------------|---------------------------|
| الأخصائيون الإكلينيكيون | |
| 13 من حملة الدكتوراة | 62 (تتراوح من 59 إلى 65) |
| 16 متدرباً | 61 (تتراوح من 55 إلى 67) |
| 29 مجموع المحكمين | 62 (تتراوح من 55 إلى 67) |
| المؤشرات الإحصائية | |
| $*(L + Pa + SC) - (Hy + Pt)$ | 70 |
| قوانين من رموز نقطتين | 67 |
| $*Sc - (Hs + D + Hy)$ | 67 |
| $*(Pt - Sc)$ | 65 |
| قوانين من رموز معقدة النقاط | 66 |
| $*(Hy - Pa)$ | 61 |
| $*Pa - (Hs + D + Hy)$ | 62 |
| $*(Hs - Sc)$ | 61 |
| $*(Pd + Pa) - (Hs + Hy)$ | 63 |

ملاحظة : مقبوس من (Goldberg,1965) .

* (المعادلات من اليسار إلى اليمين ، وهي تمثل مقاييس فرعية من اختبار مينيسوتا (MMPI)) .

لقد أثار داوس (Dawes, 1994) عدداً من الاعتراضات الأساسية على هذا الكم الهائل من الأدلة التي تدعم تفوق التنبؤات الإحصائية؛ إضافة إلى ردود على هذه الاعتراضات. أولاً، يرى النقاد أن عدداً من الدراسات التي تمت مراجعتها احتوت على أخطاء أو عيوب في تصميم البحث جعلها تؤثر على النتائج. ويشير داوس إلى هذا على أنه "جدل من فراغ"؛ لأن مثل هذا الاحتمال وارد، لكن لا توجد أية أدلة تجريبية تؤيده. وبالرغم من أن لكل دراسة عيوبها، إلا أنه من الصعب أن تتخيل وجود مبرر للنتيجة العكسية (تفوق التنبؤات الإكلينيكية)، عندما تكون كل الدراسات عملياً مؤيدة للتنبؤ الإحصائي.

ويتعلق الاعتراض الثاني بخبرة المحكمين/الإكلينيكين ومعرفتهم في هذه الدراسات. فربما لا يكون هؤلاء خبراء "حقيقيين"؛ فالدراسة التي تستخدم إكلينيكين خبراء ستبرهن بالتأكيد على تفوق الأحكام الإكلينيكية. وبالرغم من استخدام مدى واسع ومتنوع من المحكمين/الإكلينيكين في هذه الدراسات، إلا أن عدداً من الدراسات قد وظفت بالفعل "خبراء" معروفين (أخصائيون إكلينيكيون من ذوي الخبرة الطويلة يقومون بالمهام التنبؤية المطلوبة). وقد كانت هنالك حالات قليلة كان فيها أداء الأخصائي الإكلينيكي مساوياً لأداء النموذج الإحصائي، إلا أن هذا يعتبر استثناء، وليس قاعدة. بالتالي، لا توجد أدلة تجريبية كافية تدل على تفوق الخبراء الإكلينيكين.

أما الاعتراض الثالث، فهو أن المهام التنبؤية لم تكن ممثلة للمواقف التنبؤية التي تواجه الأخصائي الإكلينيكي عادةً (أي أنها لا تتسم بالصدق الخارجي). فنشخص الإكلينيكي قد لا يكون مبنياً على اختبار مينيسوتا الثاني (MMPI-2) فقط مثلاً، بل وعلى مقابلة تُجرى مع المريض. من ناحيته، يجادل داوس (1994) بأن المهام التنبؤية -على أية حال- مشابهة لما قد يحدث في الممارسة الإكلينيكية؛ فبحسب زعم الأخصائيين الإكلينيكين، يُستخدم اختبار مينيسوتا (MMPI-2) باستمرار لوضع التنبؤات. إضافة إلى ذلك، هنالك عدد من الدراسات التي تبين أن المعلومات الإضافية (كالمادة المستمدة من المقابلة) التي يتم الحصول عليها واستخدامها في التنبؤات الإكلينيكية للمحكمين، قد ينجم عنها في الواقع مستوى أقل من الدقة في التنبؤات، مقارنةً بالحالة التي يكون فيها الإكلينيكي "مجبوراً" بالصيغة الإحصائية المتاحة فحسب.

ويواصل داوس (1994) مناقشته هذه، فيقول إن هذا القدر من رد الفعل السلبي تجاه النتائج هو نتيجة لحاجتنا الإنسانية للاعتقاد بوجود درجة عالية من القابلية للتنبؤ في العالم. وببدا أن هذه الحاجة معرفية وانفعالية أيضاً؛ فالناس لديهم نزعة فطرية للبحث عن نظام في هذا العالم، ومن الأرجح أن يؤدي افتقارهم إلى القابلية للتنبؤ في العالم، إلى درجة من عدم الارتياح أو الضيق الانفعالي. على أية حال، فالحاجة إلى القابلية للتنبؤ لا تعني وجودها.

د. هاورد جراب هو رئيس الخدمات البحثية النفسية ، والمدير المساعد لبرنامج الإقامة النفسية في مركز ويلفورد هول (Wilford Hall) الطبي . ومركز ويلفورد هول - والذي يقع في سان أنتونيو ، تكساس - هو أكبر مركز طبي في القوات الجوية الأمريكية . وقد تلقى قسم علم النفس في ويلفورد هول - مع واحد من أكبر برامج التدريب بالإقامة في الدولة - جائزة برنامج الدراسات العليا المتميز من رابطة تطوير العلاج السلوكي .

وقد قمنا بطرح عدة أسئلة على د. جراب حول خلفيته ونظريته إلى علم النفس الإكلينيكي .

■ ما الذي أثار اهتمامك ابتداءً بميدان علم النفس الإكلينيكي؟

لقد قررت أن أصبح أخصائياً في علم النفس الإكلينيكي عندما كنت في السادسة عشرة من عمري . فالعديد من أقاربي لأمي هم من العاملين في مهن تختلف ميادين الصحة النفسية . وفي الحقيقة ، فإني أخصائي نفسي من الجيل الثالث . وأود أن أشير هنا إلى أن عمي توفي في مستشفى نفسي ، شاباً يافعاً . لقد مات نتيجة الاستخدام غير الملائم للعلاج بالصدمات الكهربائية ، وهي حادثة لم تكن معروفة في الأربعينيات من القرن الماضي . وقد قررت أن أصبح أخصائياً إكلينيكياً لأنني استمتعت بقراءة علم النفس والتفكير به ، ولأنني لم أستطع التفكير بعمل أكثر إثارة من ذلك .

■ صف لنا ماهية الأنشطة التي تقوم بها كأخصائي إكلينيكي .

منذ عام 1984 حتى عام 2003 ، عملت كأخصائي إكلينيكي في وحدة الرعاية الصحية لقدامى الجيش (V.A) في بينسبورغ . كنت أرى العملاء بهدف إجراء المقابلات ، وتطبيق الاختبارات النفسية ، والقيام بالعلاج الفردي أو الجماعي . وقد تم نشر اثنين من كتيبي في ذلك الحين : دراسة الأخصائي الإكلينيكي : الأبحاث المتعلقة بالحكم والتقييم الإكلينيكي (Studying the Clinician: Judgment Research and Clinical Assessment) ، وما عيب الروش-ساخ؟ العلم في مواجهة اختبار يقع الحبر المشير للجدل (Whats Wrong With the Rorschach? Science Confronts the Controversial Inkblot Test) تم تأليفه مع جيم وود ، تريزا نيزووسكي ، وسكوت لينيفيلد) . وفي الوقت الحالي ، أنا مسؤول عن مسح جميع جنود القوات الجوية الأمريكية الذين يبدوون تدريباتهم الأساسية (أكثر من 40 ألفاً في العام الواحد) . كما أنني أشرف على المقيمين من الأخصائيين النفسيين ، وأقوم بتدريسهم ، وأزود الفريق النفسي بالمصادر البحثية ، وأجري عدداً من الأبحاث النفسية .

■ ما هي مجالات تخصصك الدقيق أو اهتماماتك؟

إن مجال تخصصي الدقيق هو التقييم النفسي . وأهتم بشكل خاص بصدق الاختبارات النفسية ، وصدق الأحكام التي يطلقها الأخصائيون في ميادين الصحة النفسية ، والعمليات العقلية للأخصائيين الإكلينيكيين ، واستخدام الحاسوب لإصدار الأحكام ووضع القرارات .

■ ما هي المناحي المستقبلية التي تتوقعها لعلم النفس الإكلينيكي؟

ستصبح الحواسيب مهمة في التقييم النفسي بشكل متزايد ، وذلك بقدر تزايد أهميتها في المجتمع بشكل عام . وفي نهاية الأمر ، سوف يتم استخدام الحواسيب لبيان سمات الشخصية ، وللقيام بوضع التشخيصات ، والتنبؤ بالسلوكيات ، واتخاذ القرارات العلاجية . على أية حال ، وقبل أن نغير الحواسيب مجال التقييم الإكلينيكي ، فمن المهم أن نفهم كيفية إصدار الأخصائي الإكلينيكي لأحكامه ، ومدى جودتها ، إذ أنه من المهم فهم الشيء قبل أن يحاول المرء تغييره .

■ ما هي الدروس الأساسية التي يجب على الأخصائي الإكلينيكي أن يتعلمها من الدراسات المتعلقة بالحكم الإكلينيكي؟

هنالك العديد من الدروس والعبر التي يمكن تعلمها من دراسات الحكم الإكلينيكي ، ينبغي أن يتوجه الأخصائيون الإكلينيكيون نحو الأبحاث التجريبية ، وأن ينتبهوا للتحيزات الثقافية ويتغلبوا عليها ، وأن يحذروا من بعض الأحكام لأنها قد تكون صعبة جداً ومعقدة (مثل وصف ميكانيزمات الدقاع أو إطلاق أحكام سببية) ، وأن يكونوا منهجين ومتفهمين عند إجراء المقابلات ، وأن ينتبهوا للمحكات الشخصية عند وضع التشخيصات ، وأن يفيدوا من الاختبارات النفسية وأساليب التقييم السلوكي عند وضع الأحكام ، وأن يأخذوا البدائل بالاعتبار عند اتخاذ القرارات ، ويقللوا الاعتماد على الذاكرة ، وأن يتبعوا المبادئ القانونية والأخلاقية .

وأود أن أذكر هنا أن نتائج الحكم الإكلينيكي ليست كلها إيجابية ولا كلها سلبية . وقد لا يكون الإكلينيكي سعيداً عندما تكون نتائج دراسة ما سلبية ، إلا أن تقدمنا في الممارسة الإكلينيكية يكون فقط من خلال ممارسة النقد الذاتي لأنفسنا .

التحيز في الحكم الإكلينيكي Bias in Clinical Judgment

تُعاني الأحكام الإكلينيكية من تدخل أنواع مختلفة من التحيز في عملية اتخاذ القرار . ويظهر التحيز عندما تتغير دقة الحكم أو التنبؤ الإكلينيكي بفعل تغيير في بعض خصائص العميل أو المريض ، وليس عند مجرد اختلاف الأحكام وفق خصائص المريض (Garb, 1997, 1998) . فعلى سبيل المثال ، فإن الحكم بوجود نسبة أعلى من النساء اللاتي يعانين من الاكتئاب مقارنة بالرجال ، لا يشير إلى التحيز ضد النساء ؛ ولكن التوصل إلى أن نسبة النساء اللاتي يتلقين هذا التشخيص تفوق نسبة الرجال عند ظهور الأعراض ذاتها ، يمكن أن يشير إلى التحيز .

وقد قام چارب (Garb, 1997) بمراجعة الأدلة التجريبية المتعلقة بالتحيز العرقي ، والتحيز للمستوى الاجتماعي ، والتحيز الجندري في الحكم الإكلينيكي . وبما يثير الاهتمام أنه لم يجد هناك ما يدعم الكثير من الاعتقادات التقليدية حول هذه الأنواع من التحيز . فقد وجد مثلاً أن هنالك القليل من الدعم للاعتقادات القائلة إن : (أ) المرضى من المستويات الاجتماعية الاقتصادية الأدنى يُشخصون على أنهم أكثر اضطراباً من أولئك الأعلى مستوى ، وإن (ب) المرضى من النساء

يُشخّص على أنهم أكثر اضطراباً أو اختلالاً من الرجال . ولكن وُجدت أدلة قوية تدعم وجود أنواع أخرى من التحيز ، مثل تلك التي تقول إن : (أ) المرضى السود واللاتينيين من ذوي اضطرابات المزاج الذهاني أكثر احتمالاً لأن يُساء تشخيصهم بالفصام ، مقارنةً بالمرضى البيض من ذوي الحالات المشابهة ، (ب) ثم حتى عند ظهور مجموعة الأعراض نفسها ، فإن الرجال أكثر عرضةً للتشخيص بالمعاداة للمجتمع ، بينما النساء أكثر عرضةً للتشخيص بالهستيرية ، (ج) كما أنه من الأرجح إحالة المرضى من الطبقات الوسطى إلى العلاج النفسي أكثر من المرضى من الطبقات الدنيا ، و(د) من الأرجح وصف الأدوية المضادة للذهان للمرضى السود أكثر من وصفها لأفراد المجموعات العرقية الأخرى ، حتى عندما لا يكون المرضى السود أكثر ذهانيةً .

وقد قدّم چارب (Garb,1997) التوصيات التالية لمساعدة الإكلينيكين على التغلب على هذه التحيزات وغيرها : (أ) كن واعياً وحساساً للتحيزات الموثقة في أدبيات الميدان الإكلينيكي ، (ب) التزم بالمحكّات النشخصية الواردة في الدليل التشخيصي ، (ج) كلما كان ممكناً ، قم باستخدام قواعد التنبؤ الإحصائية بدلاً من الحكم أو التنبؤ الإكلينيكي .

الخبرة والتدريب Experience and Training

يقول فلوس (Faust,1986) :

على من تنطبق هذه الدراسات المتعلقة بانخفاض مستوى الأداء في الحكم؟ إن الإجابة لا تكمن في انطباقها على المحللين أو المبتدئين فقط . هناك أدلة محدودة - وفي الحقيقة تكاد تكون معدومة - تثبت أن الخبراء أو ذوي الخبرة المستفيضة ، هم أفضل من "العاديين" أو "المبتدئين نسبياً" . (ص . 420) .

وحتى اليوم ، لا توجد أدلة تجريبية تدعم الموقف الذي يزعم أن زيادة الخبرة الإكلينيكية تؤدي إلى زيادة الدقة في التنبؤ (Dawes, 1994; Garb, 1998; Grove et al., 2000) . ويبدو أن هذا يمثل تحدياً للحكمة التقليدية . لماذا لا نرى دليلاً على تأثير الخبرة الإكلينيكية في علم النفس الإكلينيكي وغيره من ميادين الصحة النفسية؟ هناك عدة احتمالات للإجابة عن هذا السؤال (Dawes, 1994) . أولاً ، إن دقة التنبؤات محدودة في ضوء المقاييس والأساليب المتاحة المستخدمة كأدوات للمساعدة في عملية التنبؤ . فإذا كانت درجات الاختبارات النفسية مثلاً لا ترتبط بدرجة عالية بالمحكّ قيد الاهتمام (أي أنها ليست مرتفعة الصدق) ، عندها فمن غير المحتمل أبداً أن يلاحظ المرء أي أثر للخبرة الإكلينيكية . إذ ستبقى دقة التنبؤات متواضعة في أفضل الأحوال ، ولن تعتمد على حجم "الخبرة الإكلينيكية" للأخصائي الإكلينيكي . ثانياً ، إننا لا نستطيع غالباً تعريف ما نحاول التنبؤ به بدقة (مثل "الشخصية السيئة") ، ولا توجد معايير ذهبية لمحكّاتنا ، بحيث تتيح لنا التقييم

الموضوعي لدقة تنبؤاتنا . ونتيجة لذلك ، فالتغذية الراجعة الحقة مستحيلة ، ولا يمكن للتشخيصات أن تفيد من الخبرة . ثالثاً ، إننا نميل إلى تذكر تنبؤاتنا الدقيقة وننسى تلك الخاطئة . وبالتالي ، ليس بالضرورة أن تقود زيادة الخبرة في عملية التنبؤ إلى زيادة في الدقة ؛ ذلك أن التغذية الراجعة المرافقة ليست كاملة .

أما بالنسبة لميزة تلقي أنواع محددة من التدريب الإكلينيكي ، فلا توجد أدلة كثيرة تشير إلى أن مهنة ما من المهن قد تتفوق على أخرى في دقة الأحكام التشخيصية . فعلى سبيل المثال ، حتى عند تمييز الأعراض النفسية التي تُخفي وراءها اضطرابات طبية عن تلك التي لا تكون وراءها مثل هذه الحالات الطبية ، فإن الممارسين من الأطباء ومن غيرهم لم يختلفوا من حيث الدقة (Garb, 2000; Grove et al., 2000, Sanchez & Kahn, 1991) .

كل هذا البحث يشير إلى رصانة ميدان علم النفس الإكلينيكي وواقعته . على أية حال ، فمسؤوليتنا المهنية هي أن نعي حدود قدرتنا التنبؤية ، وألا نروج لـ "أسطورة الخبرة" . ويبقى أمراً واحداً مؤكداً : وهو أن الإكلينيكين سيستمرون في اتخاذ القرارات ؛ فلا خيار آخر لهم . والنقطة المهمة في كل الأحوال ، هي ضمان إعداد وتأهيل الإكلينيكين بأفضل صورة ممكنة ، وتدريبهم على استخدام أفضل المقاييس والتقنيات المتوافرة لموقف تنبؤي ما .

الاستنتاجات Conclusions

في ضوء الأوضاع الراهنة ، يمكننا الخروج بالاستنتاجات التالية فيما يتعلق بالقوة النسبية للأساليب الإكلينيكية والإحصائية .

يكون المنحى الإكلينيكي ذا قيمة ، خاصة إذا كانت :

- 1 . هنالك حاجة إلى معلومات حول المجالات أو الأحداث التي لا توجد اختبارات ملائمة لها : وفي هذه الحالة ، يكون البحث قد فشل في تقديم أي دليل على إمكانية استبدال آلة ما بالأخصائي الإكلينيكي للقيام بجمع البيانات .
- 2 . هناك حاجة للتنبؤ أو الحكم على أحداث نادرة وفردية إلى حد كبير : فلا يمكن تطوير معادلات انحدار أو أية صيغ أخرى للتعامل مع مثل هذه الأحداث ، وبالتالي ، فإن الحكم الإكلينيكي سيكون هو الملجأ الوحيد .
- 3 . تتضمن الأحكام الإكلينيكية حالات لم يتم تطوير أية معادلات إحصائية لها : وبالتالي ، تقع الغالبية العظمى من الحالات ضمن هذه الفئة (Garb, 2000) . إذ أن القرارات اليومية للأخصائي الإكلينيكي تكون من النوع الذي يكون وجود معادلة مفيدة لها أمراً نادراً أو غير معهود .

4 . هناك ظروف غير منتظرة تلعب دورها في إبطال فعالية المعادلة أو الصيغة : فمثلاً ، قد تتغلب صيغة ما بسهولة على أداء الإحصائي الإكلينيكي في التنبؤ بمدى ملائمة الخروج من المستشفى . إلا أن الإكلينيكي من خلال دوره كجامع للبيانات ، قد يكشف عن بيانات مهمة من المريض ، تبطل التنبؤ الإحصائي الذي كان من الممكن أن يكون هو التنبؤ المنطقي .

ويكون التوجه الإحصائي ذا قيمة خاصة ، في الحالات التالية :

- 1 . إذا كانت النتائج التي سيتم التنبؤ بها موضوعيةً ومحددة : فعلى سبيل المثال ، سيكون المنحى الإحصائي فعالاً بشكل خاص في التنبؤ بالمعالجات ، والتوقيت المناسب للخروج من المستشفى ، والنجاح المهني ، وأية نتائج موضوعية أخرى مشابهة .
- 2 . إذا كانت النتائج تخص عينات واسعة ومتغيرة الخصائص ، وكان الاهتمام بالحالات الفردية في حدوده الدنيا : فوجود صيغة إحصائية للتنبؤ بعدد الجنود الذين سيتلقون تسريحاً من الجيش من بين 50 ألف جندي سيكون مفيداً جداً للجيش ، رغم أن هذا قد لا يثير اهتمام الإحصائي الإكلينيكي الذي يتعامل مع حالة الجندي سميث مثلاً .
- 3 . إذا كانت هناك أسباب تدعو للاهتمام بشكل خاص بالخطأ أو التحيز في الحكم البشري : فالإعياء والملل والتحيز ، وغيرها من العيوب البشرية ، قد تكون مسؤولة عن الخطأ الإكلينيكي . وعادةً ما تكون مثل هذه الآثار عشوائيةً وغير قابلة للتنبؤ ، بينما الصيغ والمعادلات والحواسيب لا تتعب أو تمل أو تتحيز أبداً .

وقد احتدم الخلاف والجدل حول الأساليب الإكلينيكية مقابل الإحصائية . وبدا أن كل معسكر يستخف بالآخر . فإذا ما بدت صيغة ما أنها أفضل من الحدس ، يصبح الإكلينيكيون مهددين ويتصرفون بشكل دفاعي . وكذلك يرى بعض الباحثين أن الإكلينيكيين - عندما يتعلق الأمر بالتنبؤ - ليسوا إلا آلات جمع من المرتبة الثانية . إن ردود فعل كهذه لا تقوم إلا بدور ضئيل في حل أية مشكلة ، بل تؤدي بدلاً من ذلك إلى تمترس كلا الطرفين في أوضاع تمنع أيهما من تقبل مواطن قوة الآخر والإفادة منها .

ويبدو أن الرضع الأكثر فائدةً يكمن في دمج هذين المنحيين معاً . فالإحصائي الإكلينيكي العاقل سيستخدم كل معامل انحدار أو درجة على اختبار موضوعي ، أو أسلوب إحصائي يمكن أن يظهر قدرةً على أداء المهمة المطلوبة . ومثل هذا الإكلينيكي سيدرك تماماً أن جمع البيانات الإكلينيكية وصياغة الفرضيات وحتى الحدس ، لن تُستبدل به أبداً معادلة أو صيغة ما بشكل تام .

الأدنى من الدلائل على أنها مؤشر على الاضطراب النفسي . والمذهل حقاً هو أن العالم يتوافق مع الكثير من "المرضى" فيه . ومن السهل جداً افتراض السلبي بدلاً من الإيجابي ، فيقوم الإكلينيكيون بوضع تنبؤات كارثية ، أو تفسيرات تفشل في أخذ مزايا الشخص بالاعتبار . ويشير چارب (1998) إلى أن الإكلينيكيين الذين يقومون بتقييم مواطن قوة العميل ومزاياه ، إضافة إلى تقييم الاضطراب النفسي والاختلال الوظيفي ، يكونون أقل عرضة لإطلاق أحكام تصف العملاء بسوء التكيف أو قصور الأداء الوظيفي .

الصدق والسجلات Validation and Records

غالباً ما يضع الإكلينيكيون تفسيراتهم أو تنبؤاتهم دون أن يقوموا بمتابعتها لاحقاً . وإذا ما فشل الإكلينيكيون في تسجيل هذه التفسيرات والتنبؤات ، سيصبح من السهل عليهم ألا يتذكروا سوى تلك الصحيحة منها . إن ما يبذل من جهد وعناء لمقارنة نظرة الأخصائي الإكلينيكي بنظرة غيره من الزملاء أو الأقارب ، أو غيرهم ممن يعرفون المريض ، يمكن أن يساعد على تحسين المهارات التفسيرية .

التقارير والمفاهيم والمحكّات الغامضة Vague Reports, Concepts, and Criteria

إن إحدى أهم العقبات أمام الحكم الإكلينيكي الصادق ، هي الميل إلى استخدام مصطلحات مبهمّة ومحكّات غير محدّدة . وتبلغ هذه العملية ذروتها بالطبع ، في تلك التقارير الإكلينيكية التي تكون غامضة بدورها . وتحت مثل هذه الظروف ، قد يكون من الصعوبة بمكان تحديد ما إذا كانت تنبؤات الأخصائي الإكلينيكي وأحكامه صحيحة (قد يكون ذلك هو السبب في استخدام بعضهم لمصطلحات مبهمّة وغير واضحة!) . وللتغلب على هذه المشكلة ، يوصي چارب (Grab,1998) الأخصائيين الإكلينيكيين باستخدام المقابلات المقننة ، وقوائم التقدير المقننة ، واختبارات الشخصية الموضوعية ، وأساليب التقييم السلوكية ، في التوصل إلى أحكامهم وتنبؤاتهم الإكلينيكية .

آثار التنبؤ The Effects of Predictions

يتضح أحياناً أن التنبؤات تكون خاطئة ، لا لأنها مبنية على استدلالات خاطئة ، بل لأن التنبؤات نفسها قد أثرت على الموقف السلوكي . على سبيل المثال ، فالتنبؤ القائل إن المريض سيجد صعوبة في التكيف في المنزل بعد خروجه من المستشفى ، قد يكون صحيحاً . إلا أن أقارب المريض ربما يأخذون هذا التنبؤ كتحذّر لهم ، وبالتالي يوفرون بيئة تبعث على تكيف المريض بشكل أفضل ، مقارنة بما سيكون في غياب التنبؤ . بالتالي ، فإن عملية الحكم بحد ذاتها قد تكون بمثابة محفّز لسلوك الأخصائي نفسه أو لسلوك الآخرين .

وبالمعنى نفسه ، يمكن للإكلينيكي أن يطمئن لحقيقة أنه حتى معادلات الانحدار يجب أن تنبثق من مصدر ما . فكما ينبغي لشخص ما أن يبرمج الحاسوب ، ينبغي أيضاً لشخص ما أن يقرر أي البيانات يجب وضعها بشكل كمي ، وإدخالها للتحليل الإحصائي .

إذ ينبغي على المرء ابتداءً أن يختار الاختبارات وفقرات الاختبارات . وبالرغم من إمكانية تطبيق الصيغ والمعادلات آلياً ، إلا أن تطويرها المبدئي يعتمد على الخصائص الإكلينيكي .

تحسين الحكم والتفسير *Improving Judgment and Interpretation*

في هذا الفصل ، وفي الفصول السابقة المتعلقة بالمقابلة والتقييم ، قمنا بمناقشة مختلف العوامل التي يمكن أن تقلل من فعالية وصدق التنبؤات الإكلينيكية والتفسير . ولا يمكن للمرء أن يفترض سلسلة من الأوصاف التي ستقود حتماً إلى الأداء المثالي . على أية حال ، فلنول الاهتمام لعدد من العوامل التي من المهم إبقاؤها في البال عند انتقال المرء من البيانات ، إلى التفسير ، ثم التنبؤ . وبالرغم من أن أداء الأخصائيين الإكلينيكيين لم يكن جيداً على الدوام ، إلا أن هناك بالتأكيد طرقاً مختلفة لتحسينه (Faust,1986;Garb,1998) .

معالجة المعلومات *Information Processing*

أثناء معالجة الأخصائي الإكلينيكي للمعلومات الإكلينيكية ، فإنه غالباً ما يتعامل مع كمية هائلة من البيانات . وفي كثير من الأحيان ، يمكن أن يكون دمج مثل هذه المعلومات أمراً صعباً ، وذلك بسبب حجمها ومستوى تعقيدها . وعلى الأخصائي الإكلينيكي أن يحترس من الميل إلى التبسيط المفرط . إذ من السهل عليه المبالغة في رد فعله تجاه بعض المعلومات "اللافتة للنظر" ، وتجاهل البيانات التي لا تتسق مع الصورة التي يحاول رسمها . وسواء كان مصدر الضغط هو ذلك الكم الهائل من المعلومات ، أو حاجة الأخصائي إلى الوصول إلى مجموعة من الاستدلالات المتسقة حول المريض ؛ فعلى الإكلينيكي أن يكون قادراً على تحمل درجة من الغموض والتعقيد ، والتي تنبثق عن بعض الحالات المرضية المعقدة .

متلازمة التأويل *The Reading-in Syndrome*

لقد أشرنا في فصل سابق إلى ميل الأخصائيين الإكلينيكيين إلى المبالغة في التفسير أحياناً . فنجدهم عادةً يسبغون معاني على تعليقات وأفعال تُعد في أفضل حالاتها أقل من أن تكون ذات معنى . ولأن الإكلينيكيين معدون للقيام بمثل هذه الملاحظات ، فمن السهل أن يتصرفوا إزاء الحد

من الأرجح أن تكون الاستدلالات والتنبؤات الإكلينيكية خاطئة عندما لا يكون الإكلينيكيون واضحين فيما يتعلق بالمواقف التي يقومون بالتنبؤ فيها . فالاستدلال على وجود العدوان من خلال الاستجابات على اختبار تفهم الموضوع (TAT) شيء ، وربط ذلك بمواقف محددة شيء آخر . علاوة على ذلك ، ومهما كان الإكلينيكي حذراً ومصيباً ، فإن أحداثاً خارجية لا صلة لها بالموضوع قد تبطل ذلك التنبؤ الصادق الذي لا عيب فيه . فلنأخذ المثال التالي من البرنامج التقييمي لمكتب الخدمات الاستراتيجية :

تلقى أحد كبار موظفي مكتب الخدمات الاستراتيجية ، أثناء عمله في الخارج ، رسالة من صديق له في أمريكا ، يعلمه فيها بأن زوجته قد هربت مع عامل مرآب ، دون أن تترك أية رسالة أو عنوان . ونتيجة لذلك ، فقد انخفضت الروح المعنوية للموظف -والتي كانت مرتفعة- إلى الصفر . ويمكن لفريق التقييم أن يتنبأ بأن نسبة بسيطة من الرجال يمكنهم تدبّر مثل هذا الحدث المحيط والشاغل للتفكير . ولكن مرة أخرى ، لم يكن من الممكن التخمين حول أي من الأفراد الخاضعين للتقييم سيبتلى بمثل هذا الأمر (OSS Assessment Staff, 1948, p.454) .

قد يوحي الحس العام أنه وبغرض التنبؤ بسلوك شخص ما بدقة ، فإن الأخصائي الإكلينيكي عليه أن يضع بحسبانه البيئة التي يحدث فيها هذا السلوك . ويعتبر هذا المبدأ من الأمور الجوهرية أيضاً في التقييم السلوكي . على أية حال ، كثيراً ما يحدث أن يُطلب من الإكلينيكيين أن يضعوا تنبؤاتهم بناءً على معلومات غير دقيقة وغامضة حول الموقف الذي سيعيشه أو يعمل به مرضاهم .

وفي المستشفيات ، قد يُطلب من الإكلينيكي أن يعطي تقريراً حول إخراج مريض نفسي معين من المستشفى . إلا أن المعلومات المتاحة للأخصائي لن تغطي غالباً إلا خلفية عامة ، مع أوصاف إضافية لبعض الفروق الفردية . ويتفق الباحثون على أن مثل هذه البيانات خاضعة لأثر السقف (ceiling effect) ، والذي لن يسمح بارتباطات أفضل من 0.30 و 0.40 ما بين البيانات والسلوك اللاحق (e.g., Mischel, 1968) . وعلى أقل تقدير ، فارتباطات بمثل هذا الحجم تكون أقل من المطلوب بكثير . وبالتالي ، فمن الأرجح أن تكون بيانات الشخصية بمفردها غير كافية في العديد من مواقف التنبؤ .

مبادئ التنبؤ الخاطئ Fallacious Prediction Principles

في بعض الأحيان ، يمكن للتنبؤات الحدسية أن تقود الإكلينيكي إلى الخطأ ، وذلك لأنها تتجاهل منطقية التنبؤات الإحصائية . فالتنبؤات الحدسية كثيراً ما تُغفل التقديرات القاعدية ،

وتفضل في أخذ آثار الانحدار بالاعتبار ، وتفترض أن المتنبئات الأعلى ارتباطاً ستؤدي إلى صدق أكبر (Garb, 1998; Kahneman & Tversky, 1973). فعلى سبيل المثال ، لنفترض أن أخصائياً إكلينيكياً كان بصدد تقييم أحد المرضى ، وذلك من خلال جمع عينات من سلوكه في مواقف مختلفة ؛ هنا ، وبالرغم من أن الملاحظات تشير إلى أن الشخص شديد العدائية ، فلا ينبغي أن يتفاجأ الإكلينيكي بمعرفة أن هذا الشخص يتصرف بطريقة غير عدائية في النهاية . إن مفاهيم الانحدار ينبغي أن تقود المرء إلى توقع أن الوالدين فارعي الطول بشكل استثنائي سينجبان طفلاً أقصر منهما ، وأن الطلاب اللامعين يمكن أن يكون أداؤهم ضعيفاً أحياناً .

إضافة إلى ذلك ، فإن ثقة الإكلينيكين أنفسهم يمكن أن تكون مضللة أحياناً . فعلى سبيل المثال ، أظهر كانان وتفيرسكي (Kahneman & Tversky, 1973) أن الأفراد يكونون أكثر ثقة عندما يقومون بالتنبؤ من خلال اختبارات مترابطة . وبتحديد أدق ، فبالرغم من أن الإكلينيكين عادةً ما يكونون واثقين من استدلالاتهم المنبثقة عن مجموعة بيانات من الرورشاخ واختبار تفهم الموضوع (TAT) واختبار مينيسوتا (MMPI) ، بدلاً من مجرد اعتمادهم على اختبار واحد ، إلا أن جولدن (M. Golden, 1964) لم يستطع إيجاد أي دليل يدعم هذه الثقة . إذ لم تظهر هناك زيادة في صدق التفسيرات الإكلينيكية وثباتها بموازاة ازدياد البيانات الاختبارية . إن على المرء أن يسعى دوماً إلى دعم استدلالاته ، ولكن من الخطأ الاعتقاد بوجود ارتباط حتمي بين صدق هذه الاستدلالات وحجم بطارية الاختبارات .

تأثير المعتقدات النمطية The Influence of Stereotyped Beliefs

أحياناً ، قد يُفسر الإكلينيكي البيانات في إطار من المعتقدات النمطية أو المقبولة (Chapman & Chapman, 1967). فقد وجد چولدينج وروزر (Golding & Rorer, 1972) مثلاً ، أن بعض الإكلينيكين يعتقدون بأن الاستجابات الشرجية على اختبار الرورشاخ تشير إلى الجنسية المثلية ، وأنهم كانوا يقاومون بشدة تغيير مفاهيمهم المسبقة هذه ، بالرغم من التدريب المكثف الذي يقضي بغير ذلك . وذكروا مثل هذا البحث بأن الإكلينيكين عليهم أن يحذروا دوماً من أية نزعة للاعتقاد بأن إشارات تشخيصية معينة هي متنبئات حتمية صادقة لخصائص معينة .

ثمة مثال آخر تمدنا به الدراسات التي تناولت آثار الوضع الاجتماعي-الاقتصادي للعميل على أحكام الأخصائي الإكلينيكي (Sutton & Kessler, 1986). حيث قامت عينة من 242 أخصائياً إكلينيكياً بقراءة تقارير متطابقة تماماً من تاريخ الحالة لعميل معين ، باستثناء المستوى الاقتصادي-

الاجتماعي له في هذه التقارير . فوجد أنه عندما كان يوصف العميل بأنه عاطل عن العمل ويتلقى المعونات الاجتماعية ولم يتجاوز تعليمه مستوى الصف السابع ، فإن تنبؤات الإكلينيكيين جاءت لتتوقع له تحسناً أقل ، وكانوا أقل ميلاً إلى التوصية بعلاجه بالاستبصار .

"لماذا لا أحضر مؤتمرات الحالة" 'Why I Do Not Attend Case Conferences'

في بحث جذاب ، وضع ميهل (Meehl, 1977) قائمة من الأسباب التي جعلته يتوقف عن حضور مؤتمرات الحالة . ومعظم هذه الأسباب تتعلق بأخطاء في عملية التفسير بشكل عام . ويُبين الملخص التالي عدداً من أمثلة ميهل ، وهو كفيف بتعريفنا بفكرة عن طبيعتها العامة :

- **مغالطة المرض (sick-sick fallacy)** : وهي الميل للنظر إلى الأشخاص الذين يختلفون كثيراً عنا على أنهم مرضى . فهناك نزعة لتفسير السلوك الذي يختلف عن سلوكياتنا على أنه غير تكيفي ، ومن السهل أن نرى الاضطراب النفسي لدى مثل هؤلاء العملاء .
- **مغالطة "وأنا أيضاً" (fallacy me-too)** : إنكار الدلالة التشخيصية لحدث ما في حياة المريض لأنه حدث لنا أيضاً . فبعضنا لديه من النرجسية أو الدفاعية ما يكفي للاعتقاد بأننا نماذج مثالية للصحة العقلية . وبالتالي ، فكلما كان مرضانا مماثلين لنا ، قل احتمال اكتشافنا للمشكلات .

- **مغالطة فطيرة العم جورج (uncle George's pancakes fallacy)** : "ليس هنالك عيب في ذلك ، فعَمي جورج لم يكن يحب أن يرمي بقايا فطيرته أيضاً" . ولربما يكون هذا امتداداً للمغالطة السابقة ؛ فالأشياء التي نفعلها (أو بالتالي ، يفعلها الأشخاص المقربون منا) لا يمكن أن تكون غير تكيفية . وعليه ، فأولئك الذين يماثلوننا لا يمكن أن يكونوا غير متكيفين .

- **مغالطة وجود أكثر من نابليون (multiple Napoleons fallacy)** : لا يوجد إلا نابليون واحد ، وذلك بغض النظر عن مدى شعور أحد المرضى الذهانيين بأنه نابليون . وأحد الاعتراضات على تفسير مثل هذه المعتقدات لدى المريض على أنها إشارة إلى المرض النفسي ، يستند إلى التعليق : "حسناً ، قد لا يكون الأمر حقيقياً بالنسبة لنا ، إلا أنه حقيقي بالنسبة له!" ، بل وعلاوة على ذلك : "كل شيء حقيقي بالنسبة للشخص الذي يدركه . وفي الحقيقة ، فإن مدركاتنا هي واقعنا" . وإذا ما تم الاستشهاد بمثل هذه الحجة باستمرار ، فلا شيء يمكن أن يكون مرضياً . حتى المريض المصاب بفصام البارانويا والذي

يعتقد بأن كائنات فضائية تعيش في فتحة أنفه سيكون شخصاً طبيعياً ، لأن هذا الأمر حقيقي بالنسبة له رغم كل شيء .

● مغالطة " فهم الشيء يجعله طبيعياً " (understanding it makes it normal fallacy) : هي الفكرة القائلة إن فهم معتقدات المريض أو سلوكاته يجردها من دلالاتها . ومن السهل على الإكلينيكين أن يقعوا في هذا الفخ . وحتى أكثر أشكال السلوك انحرافاً وفضولاً يمكن أن تبدو مقبولة بطريقة ما بمجرد أن نقنع أنفسنا بأننا نعرف الأسباب التي أدت لحدوثها . وقد لا يكون ذلك مختلفاً عن حجج أولئك الذين يبررون سلوك المجرمين ، بمجرد فهم دوافعهم وخبراتهم الطفولية المؤسفة المرتبطة بذلك .

الاتصال: التقرير الإكلينيكي

Communication The Clinical Report

إلى هنا ، قمنا بمناقشة عملية الحكم الإكلينيكي في التقييم . لقد أتم الأخصائي الإكلينيكي المقابلة ، وطبق الاختبارات ، وراجع تاريخ الحالة . كما قام بتصحيح الاختبارات وصياغة فرضياته وانطباعاته العامة . أن الأوان إذن لكتابة التقرير . وهذه المرحلة هي مرحلة الاتصال في عملية التقييم .

لقد وصف أيبيلباوم (Appelbaum, 1970) دور المقيم ، كأخصائي اجتماعي أو سياسي أو دبلوماسي ، أو كأخصائي في ديناميات الجماعة ، أو موظف مبيعات ، أو فنان ، ونعم : أو حتى كأخصائي نفسي . وكأخصائي اجتماعي ، على المقيم أن يقدر التقاليد الدارجة للمساعدة في تقبل التقرير ، وتوجيهه إلى أولئك الذين يمكن أن ينفذوه . وفي بعض الأحيان ، قد يعني ذلك التفاعل المباشر مع العاملين في المستشفى لإقناعهم بصدق التقرير وتشجيعهم على التصرف بناءً عليه . وقد يشمل هذا التفاعل مسؤولي الأقسام والمرضى والأطباء النفسيين وغيرهم . ومثل هذا الإقناع ، ربما يبدو أكثر ملاءمة للسياسي أو للدبلوماسي منه للأخصائي الإكلينيكي .

ولكن ، بالتأكد ، لا ينبغي للمرء أن يقبل بدور البائع الإكلينيكي المتجول . على أية حال ، هنالك بالتأكيد أوقات ينبغي أن تؤدي فيها التقارير وظيفتها في إقناع أولئك المترددين من الأفراد . فليس الجميع مستعداً لاعتبار الأخصائي الإكلينيكي مصدراً للحكمة والحقيقة المطلقة . والوضع المثالي بالطبع هو أن الأدلة الداعمة لاستنتاجات الإكلينيكين ، ونماسك حججهم ، ستكون أسباباً كافية لقبول توصيفاتهم وتوصياتهم .

الجدول 10-2 مثال على مخطط أولي للتقرير النفسي

1. معلومات أولية .
 - أ. اسم المريض .
 - ب. الجنس .
 - ج. العمر .
 - د. الأصل العرقي .
 - هـ. تاريخ التقييم .
 - و. الأخصائي الإكلينيكي الذي قام بالإحالة .
2. سؤال الإحالة .
3. إجراءات التقييم .
4. الخلفية .
- أ. معلومات تتعلق بتوضيح سؤال الإحالة .
 - ب. تقرير بمدى رجحان ثبات/صدق الاستنتاجات .
5. ملخص الانطباعات والنتائج .
 - أ. المستوى المعرفي .
 - الوظائف العقلية والمعرفية الحالية (مثل التخيل ، الذكاء ، الذاكرة ، الإدراك) .
 - درجة (كمية) الضعف مقارنة بمستواها قبل المرض .
 - المسببات المحتملة لحدوث الضعف .
 - (مع نهاية هذا الجزء الفرعي ، ينبغي أن يتوصل المحال إليه إلى معرفة ما إذا كان المريض يعاني من اضطراب في التفكير أو تخلف عقلي أو اضطراب عضوي) .
 - ب. المستويات الانفعالية والمزاج .
 - المزاج ، الانفعال في الوقت الحالي - مقارنة بما كان قبل المرض .
 - درجة الاضطراب (خفيفة ، متوسطة ، شديدة) .
 - طبيعة الاضطراب من حيث كونها مزمنة أو حادة .
 - القابلية للتغيير : ما مدى إمكانية تعديل الشخص لانفعالاته ، وما مدى تحكمه بها ، اعتماداً على مصادره المعرفية ؟
 - (مع نهاية هذا الجزء الفرعي ، ينبغي أن يتوصل المحال إليه إلى معرفة ما إذا كان المريض يعاني من اضطراب في المزاج ، وماهية انفعالات المريض ، ومدى قدرته على ضبط مشاعره) .
 - ج. المستوى البين-شخصي والداخلي-الشخصي .
 - الصراعات البين-شخصية والداخلية-الشخصية الأولية ، ومدى دلالتها .
 - أساليب التدبر البين-شخصية والداخلية-الشخصية (بما فيها الدفاعات الأساسية) .
 - صياغة الشخصية .
6. الانطباعات التشخيصية .
 - أ. سلسلة من الانطباعات المتعلقة بالوظائف المعرفية أو الانفعالية ، أو
 - ب. لتشخيص الأكثر ترجيحاً .
7. التوصيات .
 - أ. تقييم المخاطر ، الحاجة إلى الحجر ، الأدوية .
 - ب. المدة ، وسيلة العلاج ، تكرار المعالجة .

المصدر : مقتبس من

"Integrating and Communicating Findings", 1995 in L. E. Beutler and M. R. Berren (Eds.), Integrating Assessment of Adult Personality, (p. 25-64).

ومن نافلة القول أنه لا توجد "صيغةٌ فضلى" للتقرير . فطبيعة الإحالة ، والأفراد الذين سيُوجّه التقرير إليهم ، ونوع إجراءات التقييم المستخدمة ، والمعتقد النظري للأخصائي الإكلينيكي ، هي بعض الاعتبارات التي قد تؤثر على طريقة وضع التقرير الإكلينيكي . فما سيقوله المرء لطبيب نفسي ، من الأرجح أن يأخذ تعبيراً مختلفاً عما سيقوله لأحد العاملين في مدرسة . والتغذية الراجعة التي يقدمها الأخصائي الإكلينيكي لوالديّ طفلٍ متخلف عقلياً ، ستكون مُصاغةً بطريقة تختلف عن تلك الموجهة لأحد زملاء المهنة . وفي الجدول 2-10 ، قمنا بعرض مخطط أولي كمثال على تقرير حول اختبار نفسي (Bueutler, 1995) .

مصدر الإحالة The Referral Source

إن المسؤولية الرئيسية للتقرير النفسي هي الإجابة عن سؤال الإحالة . فتقرير الاختبار ينبغي أن يجيب بكل عناية وصراحة عن الأسئلة التي دفعتنا للتقييم ابتداءً . وإذا لم يكن بالإمكان الإجابة عن أسئلة الإحالة ، أو كانت الإحالة غير مناسبة ، فينبغي ذكر ذلك في التقرير ، إضافة إلى بيان الأسباب التي أدت إلى هذا الحكم . وفي بعض الأحيان (وربما معظمها) ، قد تكون هناك تناقضات واضحة في معلومات التقييم . وبالرغم من أن على الأخصائي الإكلينيكي بذل كل جهد ممكن لحل مثل هذه التناقضات وبيان صورةٍ موحدة للعمل ، إلا أن هناك حالات لا يكون فيها مثل هذا الحل ممكناً . وفي هذه الحالات ، ينبغي وصف التناقض ، فالتضليل والخداع بغرض إيجاد الاتساق ليس بديلاً مرغوباً .

وغالباً ما يكون هناك قرأء ثانويون للتقارير الإكلينيكية . فعلى سبيل المثال ، بالرغم من أن التقرير الأولي قد يُرسل إلى صاحب الإحالة (طبيب نفسي ، أو أخصائي إكلينيكي آخر ، أو مؤسسة ما) ، فإن القارئ الثانوي قد يكون مديراً للمؤسسة ما ، أو مقيماً لبرنامج معين ، أو باحثاً نفسياً . وفي ظروف معينة ، قد يكون من الضروري ، أو المرغوب به حتى ، أن يتم إعداد تقرير خاص لمثل هؤلاء الأشخاص . وعلى أية حال ، فالتقرير الإكلينيكي لا يؤدي دوماً وظيفة إكلينيكية صرفة ، أو مساعدة مباشرة ؛ فقد يكون مفيداً أيضاً في مساعدة مؤسسة ما على تقييم أثار برامجها ، وقد يكون مفيداً كذلك من وجهة نظر الباحث النفسي . كما أن المعلومات المبينة في التقارير الإكلينيكية يمكن أن تساعد عادةً على إثبات صدق الاختبارات ، أو التفسيرات والتنبؤات المستنبطة من هذه الاختبارات . ويمكن لمثل هذه البيانات أحياناً أن تقدم أساساً قاعدياً يمكننا بناءً عليه مقارنة التغيرات اللاحقة لدى المريض ، والتي تأتي نتيجةً لأشكال العلاج المختلفة .

كما هو معلوم ، إن وظيفة التقرير الإكلينيكي هي الاتصال . وفيما يلي بعض الاقتراحات لتحسين هذه الوظيفة .

اللغة Language

لا ينبغي على الأخصائي الإكلينيكي أن يلجأ إلى المصطلحات العلمية ، أو إلى عرض تفصيلي عملي لاستجابات المريض على كل اختبار . مرةً أخرى ، من المهم أن نتذكر طبيعة مصدر الإحالة . وعموماً ، لربما يكون من الأفضل الكتابة بلغة وأسلوب يمكن فهمهما من قبل إنسان عادي ذكي . وبالطبع ، فإن الحكم على ما يُعد مصطلحاً علمياً أو فنياً متطرفاً ، يعتمد ولو جزئياً على الشخص نفسه . فيمكن احتمال قدر معقول من اللغة التقنية في التقرير المُرسل إلى زميل مختص يعرفه الشخص . ولكن لا مكان لمثل هذه المصطلحات في تقرير سيقروه أحد الوالدين . فعلى سبيل المثال ، ربما يكون مصطلح مثل التشتت الداخلي (وهو من مؤشرات الرورشاخ الغامضة إلى حد ما) مناسباً لأخصائي إكلينيكي آخر ، ولكن لا ينبغي أن يظهر مصطلح كهذا في تقرير موجه إلى مرشد في مدرسة ثانوية .

التقارير الفردية Individualized Reports

لقد لاحظنا سابقاً في هذا الفصل أهمية تجنب أثر بارنوم ، ومن المناسب إعادة ذكر هذه النقطة هنا . فالوصف المميز (سواء كان خصائص حالية ، أو تطوراً ، أو تاريخاً تعليمياً) يُفضل على الوصف العام . فقولنا : "إن جاك يفتقر إلى الأمان" بالكاد يميزه عن 90٪ من المرضى النفسيين ؛ أما قولنا إن عدم شعوره بالأمان يعود إلى تاريخ من العيش متنقلاً بين عدة أقارب مختلفين عندما كان طفلاً ، وإن هذه الحالة تظهر بصورة حادة كلما كان عليه اتخاذ قرار يتضمن الابتعاد (ولو مؤقتاً) عن زوجته وبنته ؛ عبارة ذات معنى أكثر دلالة . وفي هذه الحالة ، فقد تم تمييز نوعية صفة عامة من خلال تحديد الظروف السابقة واللاحقة لها .

مستوى التفصيل The Level of Detail

عادةً ما يتم التساؤل حول مدى التفصيل الذي ينبغي أن يكون عليه التقرير الإكلينيكي . ومرةً أخرى ، فالإجابة تعتمد بشكل كبير على القارئ . وعموماً ، على أية حال ، يبدو من المرغوب به أن يشمل التقرير مزيجاً من التعميمات المجردة والتوضيحات السلوكية المحددة ، وبعض التفاصيل

المستمدة من الاختبارات . فعلى سبيل المثال ، عند بيان النزعات الاكتئابية لدى الفرد ، قد يكون من الملائم عرض بعض الأمثلة من استجاباته على الاختبارات التي قادت إلى مثل ذلك الاستدلال . كما أن الإشارة إلى بعض الملاحظات السلوكية ذات العلاقة ، والتي لاحظها الأخصائي الإكلينيكي أثناء تطبيق الاختبار ، قد تكون مفيدة أيضاً . إن قدرأ من التفصيل يمكنه أن يعطي القراء شعوراً أن بإمكانهم تقييم نتائج الأخصائي الإكلينيكي وتفسيراته . أما الاستخدام الحصري للتعميمات المجردة ، فإنه سيضع القارئ تحت رحمة العمليات الاستدلالية للأخصائي .

حالة توضيحية للتقرير الإكلينيكي

ولتحديد عدد من النقاط التي تم توضيحها في هذا الفصل فيما يتعلق بالحكم الإكلينيكي والاتصال ، فلنأخذ تقرير حالة إكلينيكية للتوضيح (Corbishley & Yost, 1995, pp.322-340) .

المعلومات الأولية:

الاسم : أنطونيو راميرز .

تاريخ الميلاد : 1962/7/4 م .

الجنس : ذكر .

تاريخ الفحص : 1994/8/22 ، 1994/8/23 م .

سبب الإحالة:

أنطونيو راميرز ، رجل لاتيني في الثانية والثلاثين من عمره ، وهو رقيب في قسم الشرطة في ديترويت بولاية ميتشيغان ، ويعمل حالياً ضابطاً في مكافحة المخدرات . وفي الأسابيع القليلة الماضية ، بدت عليه علامات الضغط النفسي ، ولكنه مع ذلك رفض أخذ أي إذن للمغادرة ، مدّعياً أنه لا يعاني من أية علة . وقد تمت إحالته للتقييم النفسي من قبل رئيسه الضابط ، وذلك لتحديد مدى تأثير الأحداث الأخيرة في حياة السيد راميرز على قدرته على الاستمرار في أداء واجباته الحالية .

إجراءات التقييم:

تمت مراجعة الملف الشخصي للسيد راميرز ، وتقرير الطبيب النفسي الذي قام بالإحالة ، وقد تردد السيد راميرز في الموافقة على مقابلة زوجته دونا . وفي 22 من أغسطس عام 1994 م ، تمت مقابلة السيدة راميرز لمدة ساعة بينما كان زوجها يجيب عن فقرات اختبار مينيسوتا الثاني (MMPI-2) . وقد اشتكى السيد راميرز من الصداع وعدم وضوح الرؤية ، والتي يزعم أنها منعتة من إتمام إجراءات التقييم في ذلك اليوم . فعاد في اليوم التالي لمقابلة أخرى استغرقت ساعة ، أتم خلالها اختباري الروشياخ ووكسلر لذكاء الراشدين (WAIS-R) .

يعيش السيد راميرز حالياً مع زوجته منذ 8 سنوات ، ولديه ابنة في السادسة من عمرها ، وابن في الرابعة من عمره . وقد تم تعيينه في قسم الشرطة في ديثرويت منذ عام 1984 ، ولديه سجل مُرضٍ . وبشكل عام ، فإن صحته جيدة ، ويشعر بالرضا عن زواجه وعمله . ويعزو حياته الاجتماعية المحدودة إلى طبيعة عمله كضابط شرطة ، ونظرة الأصدقاء "المحتملين" إليه على أنه صعب المراس كضابط شرطة ، كما يعزوها أيضاً إلى صعوبة التنبؤ بأوقات دوامه وعمله .

علاقته بإخوانه جيدة ، إلا أنه نادراً ما يراهم ؛ إذ أنهم يعيشون في أماكن بعيدة من البلاد . ليست لديه أية هوايات ، ويمضي وقت فراغه في المنزل ، ويلعب مع أطفاله من فترة لأخرى ، ولكنه يبقى في منزله وحديثه بشكل أساسي . وكما يقول ، فإن علاقته بزوجته حميمة ، إلا أنه يقول بأنهما نادراً ما يتحدثان عن المشاعر ، إذ لا يريد أن يثقل كاهلها بمخاوفه . وتصفه زوجته بأنه زوج جيد ومخلص ، ومعتدل المزاج ، وأنه والدٌ محبٌ ، ولكنها تقول إنه يأخذ الحياة على محمل الجد بشكل زائد ، وتتمنى أن يتعلم كيف يكون أكثر مرحاً .

تربى السيد راميرز على يد والدته في فقر شديد نظراً لوفاة والده في حادث صناعي عندما كان أنطونيو في الثامنة من عمره . وكان يتذكر والده ، كما يقول ، على أنه "صارم ، إلا أنك تعرف أنه أحبك" . ويصف أمه على أنها "مرهقة دائماً ، وحزينة دائماً" . وفي الوقت الذي توفي فيه والده ، كان هنالك 3 أطفال أصغر منه : 5 سنوات ، و3 سنوات ، و6 أشهر . وقد تولى السيد راميرز دور المعيل للأسرة منذ وقت مبكر ، وذلك بالعمل بعد المدرسة وفي عطل نهاية الأسبوع ليزيد من دخل الأسرة ، وليساعد على تربية إخوانه الأصغر منه . ويتذكر سنوات نموه على أنها "ليست مرحلة كثيراً ، وفيها الكثير من الكفاح من أجل العيش" .

وفي المدرسة ، كان راميرز شبه معزول ، وذلك بسبب انشغاله بعمله ، ولأنه كان مصمماً على إتمام تعليمه ، وبالتالي لم يكن لديه وقتٌ "لللهو مع الآخرين" . لقد تعلم أن يكافح مدافعاً عن ذاته كلما كان ذلك ضرورياً ، وأن يتابع طريقه بنفسه ، وأن يثابر في كل ما يحاول القيام به . ولم يكن تطوره الجنسي لافتاً . وبما أن أمه كانت تشعر بالفعل بأنها مثقلة بالأعباء ، وبما أنه لم يكن لديه أي أصدقاء مقربون ، فقد تعلم أن يُبقي مشكلاته ومشاعره لنفسه . وبعد عامين من الدراسة الجامعية ، التحق بأكاديمية الشرطة ، يجذبه الانضباط والتنظيم ، ووجدوا فرصة لحماية أفراد المجتمع . وفي الشرطة ، عُرف بإنصافه ورباطة جأشه ، وصلابته ، وبأنه شخص جدير بالثقة ويمكن الاعتماد عليه بشكل تام ، إلا أنه ليس شخصاً يسهل التقرب إليه . واكتفاؤه الذاتي في الحقيقة يصل إلى حد مخيف تقريباً .

وفي الأشهر الثلاثة الأخيرة ، مرّ السيد راميرز ببعض الأحداث المزعجة والمثيرة للاضطراب . فقد أصيب شريكه أثناء إحدى الدوريات ، كما تعرض السيد راميرز نفسه إلى إطلاق النار ، وذلك أثناء تفقد روتيني لحركة المرور . كما تعرضت زوجته للاعتداء ، إلا أنها لم تُغتصب أو تُصَب بأذى جسدي ، وذلك أثناء عودتها من العمل عشية أحد الأيام . وقد كان راميرز أول المتواجدين في مسرح لإحدى الجرائم ، ليكتشف جثتي طفلين دون الخامسة ، تعرضا للضرب حتى الموت في منزل متداع .

ويبدو أن هذه الموجات من الأحداث العنيفة قد أثرت على السيد راميرز من عدة نواح ، فقد راحت تنتابه عدة نوبات انفعالية لأتفه الأسباب ؛ وفي إحدى المرات قام بإطلاق الرصاص من سلاحه الخاص بالشرطة دون أي استفزاز يُذكر ، مما أثار ضيق الضباط المرافقين له . أما الأعراض الجسدية فقد شملت فقدان 15 رطلاً من وزنه خلال الشهرين الماضيين ، والنوم المضطرب (وفقاً لأقوال زوجته) ، والكوابيس عدة مرات في الأسبوع . إضافةً إلى ذلك ، فقد أصبح يبالغ في حماية أسرته بصورة غير معقولة ؛ إذ كان يرفض أن يقوم أطفاله بزيارة أصدقائهم في بيوتهم ، ويطلب زوجته غاضباً بترك عملها . وفي العمل ، أصبحت تبدو عليه العصبية وسهولة التشبث ، إلى حد يجعل الضباط المرافقين له يشعرون بالقلق عليه . وحين يقوم بعمل يتطلب تركيزاً كبيراً ، تظهر عليه أعراضٌ جسمية ؛ حيث كان يعاني من الصداع . كما احتوت بعض تقاريره والتي عادةً ما تكون غاية في الدقة - على أخطاء وتشطيطات لا أبالية . وكان يرفض مناقشة أيٍّ من هذه الأحداث أو آثارها مع شريكه أو مشرفه المباشر ، أو حتى مع طبيبه المعين من قبل الشرطة .

وعندما سُئل عن هذا السلوك غير المعتاد ، أنكر السيد راميرز أنه قد تغير ، وادعى أن الناس يبالغون . وأثناء التحري الدقيق ، أُقر بأنه في بعض الأحيان - وعندما يقوم بأعمال يومية لا صلة لها بالموضوع - كانت تحضره ذكريات تسترجع أحداثاً سابقة (خاصةً مشهد الطفلين الميتين) ، إلا أنه كان يزعم أنها لا تضايقه أو تؤثر على تركيزه . وقد عزا فقدان وزنه واضطراب نومه إلى جوار الصيف الحار ، وأصرّ خلال عملية التقييم على أنه "بخير" ، وأن أحداث الأشهر المنصرمة لبست سوى جزء من عمله ومن حياته ، وأنه قادر على الاستمرار في عمله كالسابق .

ثبات الاستنتاجات وصدقها

في أكثر من مرة أثناء التقييم ، كان السيد راميرز يبدو مضطرباً ومتزعجاً . وقد اتهم الفاحص مازحاً بمحاولته لجعله يتذكر "أشياء من الأفضل نسيانها" . وفي المواقف غير محددة البناء (الرورشاخ) ، كانت تقل استجاباته مع تقدم سير الاختبار . ومن الأرجح أن يكون ارتفاع مستوى الإثارة لديه قد أثر على صدق استجاباته مثل هذه المشيرات غير المحددة . وفيما يتعلق بالمواقف أو

المثيرات المحددة البناء (اختبار مينيسوتا MMPI-2) فقد كان أقل تدمراً ، إلا أن مؤشرات الصدق دلت على أنه كان يبذل جهداً لإظهار نفسه في إطار مرغوب به ، منكرًا المرض . وفي المهام المثيرة للتحدي على اختبار وكسلر (WAIS-R) ، كان يبذل أقصى جهده ، وكان تشتتته في حده الأدنى .

إن جميع الدلائل الخارجية تشير إلى أن سلوك السيد راميرز خلال الأسابيع القليلة الماضية يشكّل انحرافاً واضحاً عن مستويات أدائه الوظيفي قبل المرض ، وذلك بغض النظر عن إنكاراته . وبالتالي ينبغي أن يتم تفسير نتائج الإجراءات التقييمية في ضوء المعلومات الموضوعية المستمدة من مصادر خارجية .

ملخص الانطباعات والنتائج:

في كلا اليومين اللذين تم فيهما إجراء التقييم ، كان السيد راميرز يأتي في موعده بدقة ، مرتدياً بزته الكاملة بأناقة مفرطة . وسواءً أكان جالساً أم واقفاً ، فقد كان يحتفظ بصرامته ، وقليلًا ما كان يتحرك ، كما لو كان في حالة تأهب . وقد كان تواصله البصري غير مستقر وقصير الأمد ، وكان يتحدث بصوت واضح وعالٍ إلى حد ما ، وعلى وتيرة واحدة ، ويصمت لبرهة عادةً قبل أن يتحدث ، وتنادراً ما كان يتوسع في إجابته دون حشئه على ذلك . وحتى عندما كان يتحدث عن خبراته الداخلية ، فقد كان يعطي انطباعاً بأنه شخص يقوم بإلقاء تقرير رسمي لشخص أعلى منه مرتبة . وعندما كان يستجيب للمثيرات غير محددة البناء فقط ، كان هناك إحساس بعفوية استجاباته .

ومن حيث القدرات العقلية ، فوظائف هذا الرجل تقع ضمن مدى الذكاء "العادي المتفوق" ، ولكن في مستوى أدنى بكثير مما تضمنه تقييمه السابق . وفي الظروف المعتادة ، فهو يفكر بطريقة متأنية ومنطقية (رغم أنها تخلو من الخيال) ، ويستطيع تركيز جهوده الذهنية . أما في الوقت الراهن ، فهو يتشتت بسهولة متأثراً بخبراته الداخلية الضاغطة . ويبدو أن انفعالاته القوية وتخيلاته العقلية للأحداث الأخيرة غير السارة ، قد تدخلت في جهوده لحل المشكلات وقللت من فعاليته المعرفية . وهكذا ، ضعف تركيزه ، كما وضعفت ذاكرته إلى حد ما ؛ ومع إدراكه لذلك ، نجده يبذل جهداً متذبذباً وغير فعال للتغلب على ذلك والتعويض عنه . وتؤدي هذه الجهود إلى توتر جسدي متزايد ، وربما يكون هذا التوتر مسؤولاً عن أعراضه ذات الطابع الجسدي . ومن المحتمل أن يصبح اختباراه للواقع ضعيفاً إلى حد ما في مواقف الضغط النفسي الشديد ، وخاصةً ذلك الضغط الناجم عن إدراكه للتهديد المتعلق بإحساسه بالكفاءة أو سلامة الآخرين وراحتهم ؛ وفي ظل ظروف كهذه ، فقد لا تكون ضوابطه المعرفية كافية لمنع وقوعه تحت هيمنة المثيرات الداخلية أو الخارجية .

لا يوجد هناك أي دليل على وجود اضطراب في التفكير ، ومن المرجح أن يتمكن من العودة إلى مستواه الوظيفية السابقة للمرض إذا تلقى العلاج المناسب .

ومزاج السيد راميرز رقيق عادةً ، وهو رزين ، وتعبيره بسيط عن عواطفه الملائمة للموقف . فمن النادر أن يظهر شعوره بالغضب ، وفي الحقيقة ، فإنه يتدبر خبراته الانفعالية بحيث يتجنب إثارة أية مشاعر داخلية قوية لديه بشكل عام . على أية حال ، فهو قادر على العواطف القوية ، لكنه يري في التعبير عنها ضعفاً ، سواء لديه أو لدى الآخرين . وأكبر مخاوفه هو فقدان السيطرة الذاتية ، إذ أنه يعتقد أن مثل هذه السيطرة هي الوسيلة الأساسية لتحقيق الرضا في الحياة . فهو يسيطر مشاعره عادةً من خلال التجنب والانسحاب والإنكار ، وذلك حتى في المنزل حيث يشعر أنه أقل احتياجاً إلى حماية نفسه . كذلك نراه يحاول منع زوجته وأبنائه من التعبير عن أية انفعالات شديدة أو دائمة ، سواء الإيجابية منها أو السلبية . وينظر الآخرون إليه على أنه منعزل انفعالياً ، إلا أنه ليس بارداً أو مهتداً .

في الوقت الحالي ، نلاحظ لديه ردود فعل شديدة ومبالغاً بها للمثيرات البسيطة ، وهناك مؤشرات تشير إلى أنه يمر بحالة من الكرب الحاد ، إضافة إلى غضب وإحباط بالكاد يستطيع كبحهما . ومن الواضح أن سيطرته المعتادة على انفعالاته أصبحت أقل فعالية ، وذلك بالرغم من استمرار إنكاره لوجود أية مشاعر قوية أو لعدم قدرته على احتوائها . منطقياً ، وكضابط شرطة ، عليه أن يتعرض بشكل يومي إلى مواقف يمكن أن تثير مشاعر غير سارة ، وطالما أنه لن يكون أبداً قادراً على حماية أسرته من جميع أشكال الأذى بصورة تامة ، فمن المحتمل أن تزداد حدة مشاعره ويتزايد ضعفه في السيطرة . إن انهيار السيطرة قد يشير بدوره إلى شكوك جسدية أكثر حدة ، أو أعمال أكثر عدائية وعدوانية ، أو كلا الأمرين . ومن الواضح أن الأسلوب الراهن للسيد راميرز في التعامل مع الضغوط النفسية التي صادفته مؤخراً أصبح أسلوباً غير فعال بشكل متزايد .

والسيد راميرز بشكل عام شخص أمثالي وتقليدي ، لديه حاجة إلى التنظيم ، وإحساس قوي بالأخلاق والإخلاص والمسؤولية تجاه الآخرين . ويكون في أفضل مستوى أداء له ، ويشعر بالكفاءة والثقة بالذات ، في تلك المواقف التي يكون فيها دوره ومهمته واضحين . ولديه حاجة لأن يكون قوياً وفعالاً وممسكاً بزمام السيطرة ، لا أن يُنظر إليه على أنه كذلك فحسب . وإلى هنا ، فهو يجيد التخطيط ، ويتسم بأنه يقظ ومثابر ، وقوي العزيمة ؛ إذ يضع لنفسه أهدافاً ويتابع السعي لتحقيقها بطريقة منظمة . وعند ظهور المشكلات ، فإنه يواجهها بشكل فوري ومباشر ونشط ، وهو غير صبور فيما يتعلق بالحللول المبهمة للمشكلات . من ناحية أخرى ، نجده يظهر عدم مرونة وغوغائية واستبداداً ، خاصة مع أولئك الذين ينظر إليهم على أنهم دونه مرتبة أو أنهم تحت حمايته بالفعل .

ونتيجة لشقته وكفاءته ، فالآخرون يميلون إلى الثقة به والاعتماد عليه واحترامه ، إلا أنهم يرونه بعيداً عاطفياً ومن الصعب معرفته . وبسبب هذه الاتجاهات والسلوكات ، فالسيد راميرز بشكل عام يُعد ضابط شرطة ذا كفاءة عالية .

وفي حياته الشخصية ، فإن فرديته وعزمه وإصراره على تحقيق أهدافه ، ورفضه الاعتراف بأية انفعالات أو عواطف قوية لديه ، أمور من شأنها أن تجعل حياته قاسية وغير ممتعة . كما أن حاجته إلى عدم إبداء أي ضعف مهما كان ، وميله للاستمتاع بعزله وانفراده ، كفيلاً بمنعه من أن يعيش حياة اجتماعية نشطة ، وبالشعور بعدم الارتياح لما يبدو له على أنه مناسبات اجتماعية لا معنى لها . وفي علاقاته الحميمة جداً فقط ، يكون السيد راميرز قادراً على الاسترخاء بدرجة ما ؛ كأن يلعب مع أبنائه مثلاً . كما نجد لديه إحساساً قوياً بأهمية الأسرة ، والالتزام بشكل عام بالنظرة التقليدية للور الذكور بوصفه معيلاً وحامياً لها . لذلك رأى السيد راميرز أن الاعتداء الأخير على زوجته يشكل تهديداً شديداً من عدة جوانب ، ويستدعي تصرفاً عاجلاً . ولأنه لم يكن ليمسك بزمام السيطرة على الموقف ، ولن يستطيع التحكم بالمواقف المشابهة مستقبلاً ، فإن السيد راميرز يشعر بالعجز والتعرض للخطر ، بدرجة يصعب عليه تحملها إلى حد كبير .

الانطباعات التشخيصية:

من الممكن وصف أداء هذا الرجل قبل المرض بالرهاب الاجتماعي البسيط ، والميل إلى الحد من الخبرات الانفعالية والتعبير عنها ، إضافة إلى بنية شخصية جامدة . على أية حال ، تشير الدلائل إلى أنه كان فعالاً بشكل عام في حياته اليومية ، ومستقراً في وظيفته وعلاقاته الشخصية . والتغيرات الأخيرة في مشاعره وسلوكه ووظائفه المعرفية تبدو مرتبطة بشكل مباشر بعدد من الضغوط النفسية الاجتماعية الحادة . وهو يسترجع خبرة هذه الأحداث ، ويتجنب المثيرات المتعلقة بها ، ويعاني من فقدان الاهتمام ببعض النشاطات المهمة ، ومن انخفاض في التركيز ، ومن استجابة إيجابية مبالغ بها ، ومن الشعور بالضيق والارتعاج . وقد استمرت هذه الأعراض مدة شهر واحد على الأقل . ويبدو التشخيص باضطراب ما بعد الصدمة مبرراً .

المحور الأول : 309.89 اضطراب ما بعد الصدمة .

المحور الثاني : لا يوجد تشخيص على المحور الثاني .

المحور الثالث : لا يوجد .

المحور الرابع : ضواغط نفسية اجتماعية : إصابة شريك العمل ، اعتداء على الزوجة ،

اكتشاف طفلين ميتين في منزل متداع .

الشدة : 4-5 (أحداث شديدة) .

المحور الخامس : التقييم العام للوظائف : حالياً : 53 ، أعلى تقييم في العام الماضي : 75 .

التوصيات:

من الواضح أن استجابات السيد راميرز تزداد غرابة يوماً بعد يوم ، بحيث أصبح التنبؤ بها صعباً . ومهمته الحالية تتطلب درجة من الانضباط الذاتي والاعتدال في الحكم على الأمور ، الأمر الذي لم يعد قادراً على تحقيقه بمستوى الثقة نفسه السابق للمرض . إضافة إلى ذلك ، من الواضح أنه لا يمتلك أي تبصر بحالته ، وأنه يشعر بالغضب ، ومعرض للتصرف بعدائية . وبالتالي ، يوصى بإعفائه من تلك المهام التي تتضمن مواجهة مباشرة تعرضه أو تعرض الآخرين للعنف أو الخطر ، وأن تكون عودته للعمل متوقفة على بعض التغيرات النفسية الاجتماعية .

كما يوصى أيضاً بأن يسعى السيد راميرز للعلاج النفسي السلوكي -الجمعي إذا أمكن- الذي يتبع منحى إدارة الذات . إن دفاعيته ، واكتفائه الذاتي ، واتخاذ الدور التقليدي للذكر ، ومقاومة التأثيرات النفسية ، تشير جميعاً إلى أنه من غير المرجح أن يكون مرشحاً مناسباً للعلاج النفسي ذي المنحى الاستبصاري ، والذي من المحتمل أن يُنظر إليه كدليل على فشله الشخصي . على أية حال ، من الضروري أن يتعلم كيفية تعديل حاجته للسيطرة على سائر جوانب الحياة ، وخاصة إذا كان يأمل في الاستمرار بمساره المهني الحالي . ويبدو أن المنحى السلوكي/إدارة الذات هو المنحى الأقرب إلى وضع عملية الفحص الذاتي والتغيير في إطار مقبول لديه .

بعض التعليقات على تقرير أنطونيو راميرز

Some Comments on the Antonio Ramirez Report

إن الوظيفة الأساسية لأي تقرير هي الاتصال ، ولا ينبغي أن يكون عملية استعراض ذاتية لواضع التقرير . وبشكل عام ، يمكن قراءة التقرير الخاص بأنطونيو راميرز وفهمه من قبل شخص عادي ؛ فهو يحنوي على القليل من المادة ذات الطبيعة التقنية . على أية حال ، فشيء من اللغة المستخدمة (مثل "الخبرات الداخلية الشديدة" و"اختبار الواقع") قد لا تكون مألوفة إلا لأخصائيين آخرين في ميدان الصحة النفسية .

ويُعدّ مستوى التفصيل من المظاهر الإيجابية الأخرى لهذا التقرير . إذ يبدأ التقرير بشيء من المعلومات المتعلقة بالخلفية ، إضافة إلى إشارات تتعلق بتفسير المريض لسلوكه ومشاعره .

ويتضمن أيضاً بعض الملاحظات السلوكية التي قام بها الأخصائي الإكلينيكي . وينتقل التقرير بعدها لمناقشة استجابات راميرز على الاختبارات ، وبعض الاستدلالات المستمدة منها . وبعد ذلك ، وضعت بعض عبارات الدمج والتكامل .

وفي الوقت ذاته ، فقد تخلل التقرير أمثلة عَرَضِيَّة لعبارات بارنوميَّة ، مثل : "ومن المحتمل أن اختبارهُ للواقع أصبح ضعيفاً إلى حد ما في مواقف الضغط النفسي الشديد" ، كما كانت هنالك بعض التنبؤات أو العبارات الغامضة إلى حد ما ، والتي ظهرت من حين لآخر . فعلى سبيل المثال ، كيف يمكن للمرء أن يُثبت صدق التنبؤ التالي : "ومن المرجح أن يتمكن من العودة إلى مستواه الوظيفية السابقة للمرض إذا تلقى العلاج المناسب"؟ في الكثير من الحالات ، لا يكون من الواضح ماهية بيانات الاختبارات التي تم استخدامها لدعم التفسيرات والتنبؤات المُعطاة ؛ فهل هي مبنية على نتائج اختبار مينيسوتا (MMPI) ، أم وكسلر (WAIS-R) ، أم الرورشاخ؟ ما هي الدرجات الخاصة المستمدة من أي من هذه المقاييس -أو من جميعها- التي استخدمت كأساس لوضع مثل هذه العبارات؟

وبغض النظر عن هذه التعليقات الانتقادية القليلة ، فنحن نريد أن نؤكد على ما في هذا التقرير من نقاط قوة تفوق المآخذ عليه إلى حد كبير . وبما أن التقارير النفسية تختلف عن بعضها بعضاً وفقاً لبنيتها ونمطها ولغتها ، إلا أن العنصر المهم أكثر من سواء هنا ، هو أن تساهم هذه التقارير في زيادة فهمنا للمريض ، بحيث يمكن إخضاعه لخطة علاج أو عمل مناسبة . وبرغم كل شيء ، فهذا هو الهدف الأساسي للتقييم النفسي .

ملخص الفصل Chapter Summary

يعتبر الأخصائي الإكلينيكي عنصراً أساسياً في التشخيص والتقييم . فهو يتخذ قرارات مهمة ، مثل : أي البيانات ينبغي جمعها؟ وما هي طرق جمعها وتفسيرها؟ ويمكن النظر إلى البيانات على أنها عينة من السلوك ، أو إشارة لبعض الحالات الكامنة ، أو ارتباط لبنيات سلوكية أو انفعالية أخرى . وكذلك يمكن للتفسير أن يأخذ أشكالاً عدة ، تتراوح من تفسيرات مباشرة تحتاج إلى القليل من الاستدلال ، إلى تفسيرات شديدة التعقيد ، تتطلب أنواعاً مختلفة من الاستدلال .

ولقد شهد علم النفس الإكلينيكي ، ولبعض الوقت ، جدلاً واسعاً حول جدارة التنبؤات الإكلينيكية (الذاتية) مقابل الإحصائية (الموضوعية ، الكمية) . ومن الواضح أن الأبحاث عموماً تدعم المنحى الإحصائي في التنبؤ الإكلينيكي . وبالرغم

كما تتسم به طبيعتها الحدسية من جاذبية ، فإن التنبؤات الإكلينيكية عرضة للعديد من أشكال التحيز (كالعرق ، والوضع الاجتماعي ، والجندر) ، وقد تؤدي إلى ثقة زائدة غير مبررة ، ناهيك عن صعوبات الثبات والصدق . على أية حال ، فإن قواعد اتخاذ القرارات الموضوعية واللوغاريتمات الإحصائية ليست متاحة لمعظم المهام التنبؤية التي تواجه الأخصائي الإكلينيكي . بالنسبة ، فالأحكام والتنبؤات الإكلينيكية غالباً ما تكون مطلوبة .

ونقدم هنا للأخصائي الإكلينيكي عدداً من التوصيات لتحسين ثبات الأحكام الإكلينيكية وصدقها : (أ) راع جميع المعلومات المتاحة ، ولا تتجاهل البيانات غير المتسقة . (ب) راع نقاط قوة العميل أو المريض وإمكانياته ، وكذلك مظاهر مرضه وخلله الوظيفي . (ج) قم بتوثيق جميع تنبؤاتك ، وحاول تقييم مدى دقتها ، واستخدم هذه المعلومات كغذاء راجعة . (د) لا تستخدم أثناء جمع البيانات سوى الاختبارات المقننة ، ومقاييس التقدير المقننة ، واختبارات الشخصية الموضوعية ، وأساليب التقييم السلوكي . (هـ) راع وضع العميل وبيئته قبل أن تضع أية تنبؤات . (و) راع التقديرات القاعدية وأثار الانحدار . (ز) لا تدع مستوى ثقة المرء تؤثر على التنبؤات . (ح) كن واعياً وحذراً تجاه المعتقدات النمطية أو المقولبة والارتباطات الوهمية .

إن التقرير الإكلينيكي هو شكل أساسي من أشكال الاتصال ، وهو يقوم بنقل نتائج تقييم الأخصائي الإكلينيكي وتقديراته . وينبغي أن يتصدى التقرير لسؤال الإحالة ، وأن يستخدم لغة تناسب الشخص أو الأشخاص الذين سيقروؤون التقرير . وأخيراً ، ينبغي أن يحتوي التقرير على معلومات مفصلة ومحددة فيما يتعلق بالعمل ، ويجب أن يتجنب العبارات الغامضة ذات الطبيعة البارنومية .

المصطلحات:

- أثر بارنوم (Barnum effect) : مُصطلح يستخدم في الحالات التي تبدو فيها العبارات وكأنها أوصاف ذاتية صادقة ، إلا أنها تنطبق في الحقيقة على الناس جميعاً تقريباً .
- التفسير الإكلينيكي (clinical interpretation) : عملية استدلالية معقدة ، يقوم فيها الأخصائي الإكلينيكي بأخذ المعلومات المتاحة (مثل بيانات المقابلات ونتائج الاختبارات) من أجل فهم المشكلة وتحديد مسار للتدخل أو العمل .

■ الارتباطات (correlates) : المتغيرات ذات الصلة ببعضها بعضاً . أو قيام الإكلينيكيين بتطبيق منحى ارتباطي على بيانات المريض ، يركز على الارتباطات السلوكية أو الاتجاهية أو الانفعالية لنتائج معينة .

■ المنحى الكمي أو الإحصائي (quantitative or statistical approach) : منحى من مناحي الحكم والتفسير الإكلينيكي ، يستخدم المعادلات والنماذج الإحصائية (التي تم التوصل إليها بالفعل) لوضع التنبؤات المتعلقة بالنتائج الإكلينيكية . وما إن يتم وضع المعادلة حتى يخلو هذا المنحى من الحاجة إلى اتخاذ القرارات من قبل الأخصائي الإكلينيكي بشكل تام .

■ سؤال الإحالة (referral question) : السؤال المتعلق بالمريض ، والذي يبحث على التقييم .

■ العينات (samples) : نماذج من السلوك . وأسلوب العينة هو أحد المناحي في النظر إلى بيانات المريض كعينات لمجموعة أوسع من المعلومات المتعلقة بذلك المريض .

■ الإشارات (signs) : مؤشرات لخصائص كامنة . وهي أحد المناحي في النظر إلى بيانات المريض على أنها دلائل على أحوال أو سمات كامنة .

■ المعتقدات النمطية/المقبولة (stereotyped beliefs) : المعتقدات الثابتة (كنلك المتعلقة بإشارات تشخيصية معينة ، أو مجموعة محددة عرقياً) التي قد تؤثر على الحكم الإكلينيكي .

■ المنحى الذاتي أو الإكلينيكي (subjective or clinical approach) : منحى من مناحي الحكم والتفسير الإكلينيكي ، وهو حدسي وخبروي إلى حد كبير . ويتطلب التفسير الذاتي أو الإكلينيكي أن يكون الأخصائي حساساً للمعلومات التي تم الحصول عليها من مصادر عديدة ، وأن يقوم بسلسلة من التعميمات الاستقرائية أو الاستنتاجية بهدف ربط الملاحظات والتنبؤ بالنتائج .

الباب الثالث

التدخل الإكلينيكي

- الفصل الحادي عشر: التدخل العلاجي النفسي
- الفصل الثاني عشر: العلاج النفسي من المنظور السيكوندينامي
- الفصل الثالث عشر: العلاج النفسي من المنظورين الظواهري والإنساني الوجودي.
- الفصل الرابع عشر: العلاج النفسي من المنظورين السلوكي والمعرفي - السلوكي
- الفصل الخامس عشر: العلاج الجمعي والأسري والزوجي

11

الفصل الحادي عشر

التدخل العلاجي النفسي

Psychological Intervention

- 1- ما هي المعالجة النفسية أو التدخل العلاجي النفسي؟
- 2- ما هي السمات التي أظهرت ارتباطاً بنتائج العلاج لدى العميل أو المعالج؟
- 3- ما هي المراحل أو الخطوات النموذجية في التدخل العلاجي النفسي؟
- 4- ما هي الأمور الرئيسية التي يتم أخذها بالاعتبار عند تصميم الأبحاث في العلاج النفسي؟
- 5- ما هي الخلاصات التي يمكن استنتاجها من دراسات المقارنة بين أشكال العلاج النفسي المختلفة؟

محتويات الفصل:

- تعريف التدخل العلاجي .
- هل من جدوى للعلاج النفسي؟
- ما هي المشكلات القابلة للتغيير؟
- الأوجه المشتركة بين أساليب العلاج النفسي .
- المتغيرات العلاجية وطبيعتها .
- مسير التدخل العلاجي الإكلينيكي .
- مراحل التغيير .
- البحث في العلاج النفسي .
- استنتاجات عامة .
- المقابلة : فن وعلم .
- ملخص الفصل .

سنعرض في هذا الفصل وصفاً عاماً للعلاج النفسي وأنواعه الرئيسية ، وسناقش مسائل تتعلق بفعالية أساليب العلاج ، كما سنقدم مدخلاً إلى أساليب البحث في العلاج النفسي . وسيكون محور تركيزنا هنا ، إعطاء فكرة عامة عن الأبعاد الأساسية المشتركة بين أنواع العلاج النفسي المختلفة . ويحمل التدخل العلاجي النفسي عدة مسميات ، منها : التحليل النفسي ، العلاج المعرفي ، العلاج الجمعي ، العلاج الأسري ، العلاج السلوكي ، والعلاج الوجودي . وعلى الرغم من القواسم المشتركة بينها ، إلا أن كل نوع من هذه الأنواع له خصائصه المميزة ، وتوجهاته في علاج أنماط معينة من المشكلات أكثر من غيرها . وسنتعرض في الفصول اللاحقة إلى تلك الخصائص المميزة لأنواع العلاج المختلفة . أما اهتمامنا في هذا الفصل فسينصبّ على الخصائص المشتركة عوضاً عن الفروق .

تعريف التدخل العلاجي *Intervention Defined*

يعرّف التدخل العلاجي النفسي (psychological intervention) بشكل عام ، على أنه وسيلة لإحداث تغيير في سلوك الفرد أو في أفكاره أو مشاعره . وبالرغم من انطباق هذا القول أيضاً على العديد من الاستراتيجيات الإعلامية والتربوية والاجتماعية ، إلا أن العلاج النفسي يتم في إطار علاقة مهنية ، يسعى إليها العميل أو من يقوم على رعايته . وقد يخضع الفرد للعلاج من أجل حل مشكلات معينة ، أو لتطوير قدرات في التعامل مع عجز أو ضعف في ناحية من نواحي السلوك أو المشاعر أو الأفكار ، أو حتى لمنع حدوث مشكلة متوقعة بدلاً من علاج مشكلة راهنة . وفي بعض الحالات ، لا يكون التركيز متجهاً نحو العلاج أو الوقاية بقدر توجهه نحو زيادة قدرة الشخص على الاستمتاع بحياته أو تحقيق إمكاناته الكامنة (latent potentials) .

وعلى مدى السنوات ، ظهرت عدة تعريفات لعملية التدخل العلاجي ، وكثيراً ما استخدم مصطلحا التدخل العلاجي (intervention) والعلاج النفسي (psychotherapy) بشكل متبادل . وهناك تعريف مثالي عام قدمه وولبرغ (Wolberg, 1967) للعلاج النفسي ، وهو :

العلاج النفسي نوعٌ من معالجة المشكلات ذات الطبيعة العاطفية ، يقوم فيها شخص مدرب ببناء علاقة مهنية مدروسة مع مريض ما ؛ وذلك بهدف إزالة أو تعديل أو تقليل الأعراض المتواجدة لديه والحد منها ، أو التدخل في الأنماط المضطربة من سلوكه ، أو تعزيز النمو والتطور الإيجابي في شخصيته (ص . 3) .

من الواضح أن تعريف وولبرغ هذا يتضمن كلمات مثل "الأعراض" و"المعالجة"، وحتى التعديلات التي أجراها لاحقاً على هذا التعريف، تعطيه طابعاً طبياً واضحاً. ومع ذلك، فإن هذا التعريف لا يختلف كثيراً عن ذلك الذي قدمه أخصائي آخر، كان ذا منطلق نظري أكثر قرباً من علم النفس (Rotter, 1971a, p.79): "العلاج النفسي... هو نشاط مخطط له من قبل معالج نفسي، هدفه تحقيق تغيير ما لدى الشخص، بحيث تصبح توقعاته المتعلقة بتكيفه مع الحياة بناءة أو أكثر سعادة، أو كلا الأمرين". ويفصل ج. د. فرانك (J. D. Frank, 1982) هذه الفكرة على النحو التالي:

العلاج النفسي هو ذلك التفاعل المخطط له، والمشحون بالوجدانية والثقة، بين معالج (healer) ومدرب ومخول اجتماعياً، وشخص آخر يعاني (sufferer). ومن خلال هذا التفاعل، يسعى المعالج إلى التخفيف من ضيق صاحب المعاناة وعجزه، وذلك من خلال التواصل الرمزي الذي يعتمد على الكلمات بشكل رئيسي، وبعض النشاط الجسدي أحياناً. وفي علاجه للمريض، قد يقوم المعالج (أو لا يقوم) بإشراك أقارب المريض وغيرهم من الأفراد ذوي الصلة. وعادةً ما يتضمن العلاج النفسي أيضاً مساعدة المريض على تقبل المعاناة وتحملها كجزء حتمي من الحياة، الأمر الذي يجعل منه فرصة للنمو الشخصي (ص. 10).

من الواضح أن هذه التعريفات ذات طابع عام. وعليه، يدرك الممارسون ضمن الاتجاهات النظرية المحددة (كالتحليل النفسي، العلاج العقلاني-الانفعالي، الإرشاد المتمركز حول العميل، العلاج المعرفي، العلاج الجشطلتي...) أن مثل هذه التعريفات يصعب أن تعكس جوهر تخصصهم الفريد، أو أن تحيط بسائر خصائص أساليبهم الخاصة والمميزة في العلاج النفسي.

هل من جدوى للعلاج النفسي؟ *Does Psychotherapy Help*

قبل أن نسرد أهداف العلاج النفسي وأشكاله بالتفصيل، لا بد من طرح سؤال عام: هل العلاج النفسي فعال؟ ولإجابة عن هذا السؤال، ينبغي الإشارة إلى مسألتين: فعالية العلاج (efficacy)، وتأثير العلاج (effectiveness). إذ تُعدّ المعالجة فعالة إذا ثبت أن الشخص العادي الذي تلقى العلاج في التجارب الإكلينيكية، أصبح أقل اضطراباً من شخص عادي لم يتلقَ أية معالجة (كأن يكون على قائمة الانتظار لتلقي العلاج)، وبدرجة ذات دلالة إحصائية. وتعطي دراسات الفعالية (efficacy studies) وزناً للصدق الداخلي، عبر التحكم بأنواع العملاء قيد الدراسة؛ وذلك من خلال تقنين المعالجات، واختيار المرضى بطريقة عشوائية ليكونوا في المجموعة

التي تتلقى المعالجة ، أو التي لا تتلقاها . وفي المقابل ، تركّز دراسات التأثير (effectiveness studies) على الصدق الخارجي وإعادة تمثيل المعالجة المقدمة . وتعد المعالجة مؤثرة بمدى إقرار العملاء بالإفادة الإكلينيكية الواضحة منها . وقد تتضمن دراسات التأثير (أو لا تتضمن) استخدام المجموعات الضابطة أو الاختيار العشوائي للمرضى ، فهي تركّز على ما إذا كان العميل النموذجي الذي تلقى المعالجة النموذجية ، قد أقر بارتياح أو بفائدة واضحة ، أم لا .

ويتفق المؤيدون (e.g., M. J. Lambert & Bergin, 1994; M. J. Lambert & Ogles, 2004) والمعارضون (e.g., Dawes, 1994) على أن الدلائل التجريبية تدعم فعالية العلاج النفسي . وهذا لا يعني بالطبع أن كل الناس يفيدون من العلاج النفسي ، وإنما يعني أن الأفراد الذين يسعون طلباً للعلاج النفسي ويتلقونه ، يحصلون في المتوسط على درجة من الارتياح . ففي إحدى دراسات التحليل البعدي التي كثيراً ما يُستشهد بها ، والتي استعرضت أكثر من 475 دراسة حول نتائج العلاج النفسي ، تبين أن الشخص العادي الذي يتلقى المعالجة النفسية يقوم بوظائفه بشكل أفضل من 80% من أولئك الذين لم يتلقوا المعالجة (M. L. Smith, Glass, & Miller, 1980) . وسناقش هذه الدراسة وغيرها من الدراسات التي تناولت نتائج العلاج النفسي في باب لاحق ، يركّز على أساليب البحث في العلاج النفسي .

أما الدراسات التي تدور حول تأثير العلاج النفسي فهي أقل عدداً ، إلا أن هنالك مسحاً واسعاً يستحق الذكر هنا ، تم من خلاله دراسة مدى الإفادة من العلاج النفسي . حيث ورد في عدد شهر تشرين الثاني عام 1995 من مجلة تقرير المستهلك (Consumer Reports) الصحة النفسية " (Mental Health, 1995) ملخصٌ عن نتائج استقصاء لأربعة آلاف قارئ ممن تعرضوا للعلاج من قبل مختص بالصحة النفسية ، أو طبيب للعائلة ، أو من قبل إحدى مجموعات المساعدة الذاتية (a self-help group) خلال الأعوام 1991-1994 . وكان معظم الأفراد الذين أجابوا على الاستبانة ذوي قدر جيد من التعليم ، كما كان متوسط أعمارهم 46 عاماً ، وحوالي نصفهم من النساء . وقد وصف 43% من هذه العينة حالتهم الانفعالية عند طلبهم للعلاج على أنها " رديئة جداً " ("كنت بالكاد أتعامل مع الأمور") أو " رديئة بشكل معتدل " ("إلا أن الحياة كانت جميلة رغم ذلك") . وأورد الأربعة آلاف مستجيب مدىً واسعاً من المشكلات النفسية ، تضمنت الاكتئاب والقلق والهلع والخاوف المرضية والمشاكل الزوجية أو الجنسية ، والمشكلات التي تتعلق بالكحول أو المخدرات ، ومشكلات التعامل مع الأطفال . فكانت النتائج الرئيسة كالتالي :

1 . أدى العلاج النفسي إلى بعض التحسن لدى أغلبية المستجيبين ، وكان الإقرارُ بأعلى نتائج للتحسن من قبل أولئك الذين كان شعورهم في أسوأ حالاته قبل بدء العلاج .

2. أما بالنسبة لأكثر أخصائيي الصحة النفسية تأثيراً من حيث الفائدة التي يقدمونها ، فقد حصل الأطباء النفسيون والأخصائيون النفسيون وأخصائيو الخدمة الاجتماعية على درجات عالية . كما وُجد أنهم جميعاً على نفس القدر من الفاعلية ، حتى بعد ضبط نوع الاضطراب النفسي وشدته .

3. المستجيبون الذين تلقوا العلاج النفسي بمفرده ، تحسّنوا بالقدر نفسه الذي تحسّن به الذين تلقوا العلاج النفسي إضافةً إلى الأدوية كجزء من علاجهم .

4. في هذا الاستقصاء ، ارتبط طول مدة العلاج (زيادة عدد الجلسات) بتحسّن أكبر .

في الواقع ، تشير هذه النتائج اهتمام الدارس ، بل وتستفزه أيضاً . فهناك عدة اعتبارات تجعل هذا الاستقصاء محدوداً ، وعلينا أن نكون حذرين في تعميم نتائجه . فعلى سبيل المثال ، أقر بعض المستجيبين بأمراض نفسية شديدة (كالقصور) ، وكانت تقاريرهم عبارة عن استعراض للأحداث الماضية ، وكانت مبنية على التقارير الذاتية لهم فحسب . كما أن نسبة المستجيبين الذين أعادوا الاستبانة كانت منخفضة جداً ، مما يزيد احتمال أن تكون العينة غير ممثلة . وعلاوة على ذلك ، فإن قارئ هذه المجلة قد لا يكونون ممثلين فعلاً لسكان الولايات المتحدة الأميركية بشكل عام . وبغض النظر عن هذه المحددات ، فإن استقصاء "تقرير المستهلك" قدّم بعض الدعم لوجهة النظر القائلة بفعالية العلاج النفسي ؛ فهو يمثّل أوسع دراسة أجريت حتى اليوم لتقييم "تأثير العلاج النفسي كما يُمارس فعلياً في الميدان مع الأفراد الذين يطلبونه فعلاً ، ويعد هذا الاستقصاء من أشمل الدراسات التي أجريت لهذا الغرض وأكثرها دقة" (Seligman, 1995, p. 971) .

ما هي المشكلات القابلة للتغيير؟

What Problems Are Amenable to Change?

نرى ، هل تستجيب كل الهموم والمشكلات السلوكية والأعراض المرضية النفسية للتدخل العلاجي النفسي؟ الإجابة هي "لا" على الأغلب . فبالرغم من انتشار النظرة إلى علم النفس بصفته ترياقاً ، وبالرغم من مزاعم الشفاء التي تقترب من حدود الدجل والشعوذة ، توجد ، على ما يبدو ، بعض الحالات والمشكلات التي يصعب تغييرها ، مثلما توجد حالات أخرى قابلة للتغيير . وقد قام سيليمان (Seligman, 1994) بمراجعة الأبحاث التجريبية حول علاج مجموعة متنوعة من المشكلات ، ليؤلف قائمةً حول "ما يمكنك تغييره وما لا يمكنك تغييره" ، وذلك في دليل مشير ، يتناول التحسّن الذاتي . ويلخص الجدول 1-1 بعض النتائج التي توصل إليها .

الجدول 11-1 ما يمكنك تغييره وما لا يمكنك تغييره

| المشكلة/الحالة | القابلية للتغيير |
|--------------------------|--|
| اضطراب الهلع | قابل للشفاء |
| الخوف المرضية المحددة | قابلة للشفاء تقريباً |
| الاضطرابات الجنسية | احتمالات التخفيف منها عالية |
| الخوف الاجتماعي | احتمالات التخفيف منها متوسطة |
| الخوف من الأماكن المغلقة | احتمالات التخفيف منها متوسطة |
| الاكتئاب | احتمالات التخفيف منها متوسطة |
| اضطراب الوسواس القهري | احتمالات التخفيف منها متوسطة إلى بسيطة |
| الغضب | احتمالات التخفيف منها بسيطة إلى متوسطة |
| القلق اليومي | احتمالات التخفيف منها بسيطة إلى متوسطة |
| إدمان الكحول | احتمالات التخفيف منها بسيطة |
| الوزن الزائد | تغيير مؤقت فقط |
| اضطراب ما بعد الصدمة | التخفيف هامشي فقط |

من كتاب "ما يمكنك تغييره وما لا يمكنك تغييره" لمارتين إي . سيليمان (Martin E. Seligman, 1994)

ما سبب قابلية بعض المشكلات النفسية للعلاج دون غيرها؟ لقد قدم سيليمان مفهوم عمق المشكلة (Depth of a problem) لتفسير القابلية للتغيير في مجموعة من الحالات والسلوكيات . وتعتمد درجة عمق المشكلة على كَوْن محدداتها خَلْقِيَّة/بيولوجية من جهة ، وعلى صعوبة نقض الاعتقاد الكامن وراءها من جهة أخرى ، وعلى قوة ذلك الاعتقاد (بمعنى أنه عام نسبياً ويمكنه تفسير العديد من الحقائق في العالم) من جهة ثالثة . فمسألة تغيير الجنس مثلاً غير قابلة للتغيير على الأغلب (أي أنها تعد "عميقة") ؛ لأنها "تشكلت بيولوجياً أثناء الحمل ، وهي غير قابلة للدحض ، وتؤثر في جميع أوجه الحياة" (Seligman, 1994, p.247) . من ناحية أخرى ، فالخوف المرضي من العناكب ليس "عميقاً" ، لأن الخوف من العناكب بحد ذاته يمكن نقضه ، وهو ليس موروثاً . كما أن الاعتقاد الكامن وراءه (العناكب خطيرة) ليس قوياً ، لأنه يتعلق بالعناكب فقط .

ومن شأن مراجعة نظرية سيليمان (1994) وتحليلها ، أن يساعدنا على فهم وتفسير الصعوبة النسبية في علاج بعض المشاكل النفسية ، وإمكانية التخفيف من مشاكل أخرى باستخدام المعالجة الملائمة . وهناك وجه آخر جذاب لهذا الكتاب ، يتمثل بانتقادات سيليمان المبنيّة على أدلة تجريبية ،

وتقييمه للعديد من الأساليب الشائعة في علاج اضطرابات محددة . وسوف نعود إلى هذه المسألة لاحقاً في هذا الفصل .

الأوجه المشتركة بين أساليب العلاج النفسي

Features Common to Many Therapies

قد يقودنا التنوع والاختلاف الواضح في أساليب العلاج النفسي أحياناً إلى مراجعة أوجه الشبه بينها . وأحد أسباب هذه المراجعة ، هو أن على من يقدم نوعاً جديداً من العلاج النفسي ، أن يركز على الأوجه المميزة لهذا الإنتاج الجديد . فمن غير الممكن جلب الانتباه بمجرد إبراز اختلاف طفيف لأسلوب علاجي جديد عن آخر قديم . ومع ذلك ، تمتاز غالبية أساليب العلاج النفسي بقدر كبير من العناصر المشتركة ، مما يجعل التشابه بينها يفوق الاختلاف .

لقد ظهرت المئات من أنواع العلاج النفسي على مر السنين ، بعضها فعال ، فيما بعضها الآخر ربما لا يكون كذلك . ولسوء الحظ ، لم تخضع جميع أشكال التدخل العلاجي النفسي للفحص التجريبي . وحتى بالنسبة للأساليب التي حظيت باهتمام الباحثين ، فقد كانت الأدلة التي ترجح فعالية أحد الاتجاهات أو الأساليب على غيره ، أدلةً محدودة وغير كافية . وكما نوه لامبرت وأوليس (Lambert & Ogles, 2004) ، يتمثل أحد مضامين التكافؤ العلاجي بالتغيير الإيجابي الناجم عن المعالجة النفسية ، والذي قد يكون نتيجةً لمجموعة من العوامل المشتركة (common factors) ، التي تتخلل الحدود النظرية والعلاجية المختلفة . وقد قدم لامبرت وأوليس (2004) قائمة بالعوامل المشتركة ، والتي صنفها بطريقة تتابعية ، يعتقدان بأنها ترتبط بالنتائج الإيجابية للعلاج .

باختصار ، يفترض لامبرت وأوليس (2004) أن العوامل الداعمة (supportive factors) (كالعلاقة الإيجابية والثقة) توفر الأرضية الملائمة لتغيير معتقدات العميل واتجاهاته (عوامل التعلم-learning factors) ، كالتعلم المعرفي والاستبصار) ؛ مما يقود إلى تغيير في السلوك (عوامل الفعل أو الأداء-action factors) ، كالسيطرة والمجازفة) . ورغم أن المناقشة المفصلة لجميع العوامل المشتركة كتلك المسردة في الجدول 11-2 ليست ضمن نطاق هذا الكتاب ، إلا أنه قد يكون من المفيد أن نوضح بعضاً منها باختصار .



د. مارتن إي . ب سيليمان

Martin E. P. Seligman, Ph.D.

(قسم علم النفس - جامعة بنسلفانيا)

مارتن سيليمان أستاذ رائد ويأرجع في جامعة بنسلفانيا ، وهو مؤلفٌ ميثاق في مجالات العجز المتعلم ، وأساليب التفسير ، والتفاؤل والتشاؤم . وقد نشر 20 كتاباً وأكثر من 190 مقالاً علمياً حول الدافعية والشخصية ، وخلال السنوات الثلاثين الأخيرة من حياته المهنية في البحث ، تلقى سيليمان الدعم من المعهد الوطني للصحة النفسية ، المعهد الوطني للشيخوخة ، مؤسسة العلوم الوطنية ، مؤسسة باجينهايم ، ومؤسسة ماك آرثر . وفي عام 1991 فاز بجائزة الاستحقاق من المعهد الوطني للصحة النفسية .

وقد منح زملاؤه عدة جوائز تقديرًا له على إنجازاته ، ومن هذه الجوائز: جائزة زويس لجمعية بحوث الأمراض النفسية ، جائزة زمالة وليام جيمس من جمعية علماء النفس الأميركيين ، وجائزتين للمساهمة العلمية المبررة من الرابطة النفسية الأميركية . (American Psychological Association (APA)) وقد أصبح مؤخرًا رئيساً لهذه الرابطة .

والموضوع الرئيسي في أعمال د. سيليمان هو فهم أساليبنا التفسيرية (ما نقوله لأنفسنا عندما تواجه أموراً سيئة) ، وتأثيرها على حياتنا . وقد عرّف أساليب فعالة لعكس الإنكار السلبية ، ولطرح فكرة العجز ، والتغلب على التشاؤم والاكتئاب ، وهي أمور قد تصاحب تلك الأفكار السلبية . وفي سنوات بحثه الماضية ، حدد سيليمان كيف يمكننا أن نحسن مزاجنا ونعزز جهازنا المناعي بالأفكار الصحية . ويحدد سيليمان (1994) في كتابه ما يمكنك تغييره وما لا يمكنك تغييره ، التقنيات وأساليب العلاج النفسي الأكثر فعالية لإحداث التغيير ، كما يبين الظروف التي ينبغي فيها أن نتوقف عن محاولة التغيير . ويعرض كتاب الطفل المتفائل (Seligman, Reivich, Jaycox, & Gillham, 1995) بحثاً قام به سيليمان مع زملائه لتوضيح كيف يمكن وقاية الأطفال من الاكتئاب ، واقتراحوا برنامجاً يمكن للأباء والمعلمين الإفادة منه لمعرفة الأعراض الخطيرة للتشاؤم لدى الأطفال ، وتعليمهم مهارات التفكير المتفائل . وأحدث كتب سيليمان هو السعادة الأصلية (2002) ، والذي يتناول فيه حركة علم النفس الإيجابي (Positive Psychology) التي أسسها .

دور المختص The Expert Role

يُفترض بالمعالج أن يأتي إلى الموقف العلاجي بما هو أكثر من التقبل والدفء والاحترام والاهتمام ؛ فهذه المميزات الشخصية وحدها ليست كافية لتأهيل الأخصائي الإكلينيكي . ومع أن الحكمة التقليدية توحى بأن ما يحتاجه المرء ليشرع في العلاج النفسي هو الاهتمام الذي لا يفتر بالآخرين ، إلا أن هذا أيضاً غير كافٍ .

ومهما يكن نوع العلاج النفسي ، فإن للمريض الحق في أن يتوقع إنساناً دافئاً وكفوفاً في الوقت نفسه . ولا تتأتى الكفاءة إلا من خلال التدريب الطويل والشاق . وربما يسارع بعضهم بالرد ليقول إن

دور المختص بصيف إلى العلاقة عنصراً سُلطوياً ، أي أن المريض والمعالج ليسا متساويين ؛ وهذا بالتالي ينسف الاحترام المتبادل الذي ينبغي أن يتواجد بينهما . وعلى أية حال ، يُعتبر الفهم والتقبل المتبادلان للأدوار المختلفة كافيّين لضمان استمرارية الاحترام المتبادل . فالمعالجون ليسوا أفضل من المرضى طبعاً ، وليس لهم أن يفرضوا أية اعتبارات فوقية عليهم . إلا أن هذا النوع من المساواة لا ينبغي أن ينكر أهمية التدريب والمعرفة والخبرة ، التي ستساعد المعالجين في جهودهم الرامية إلى حل مشكلات المرضى .

إطلاق الانفعالات أو التفريغ الانفعالي

The Release of Emotions Catharsis

يقول بعضهم بأن العلاج النفسي دون غضب أو قلق أو دموع ليس علاجاً نفسياً ، فالعلاج النفسي يُعدّ خبرة انفعالية . ومعظم المعالجين مقتنعون بهذا الأمر اقتناعاً شديداً ، حتى أنهم يشككون بجدية أي موقف علاجي إذا ما بقي المريض - جلسة وراء أخرى - هادئاً أو فاتراً أو غير مبالي ، ويتساءلون عن مدى استفادته فعلياً . ومن المؤكد أن المشكلات التي تدفع الفرد بطلب العلاج النفسي مشكلات مهمة وكبيرة ، وبالتالي يغلب أن تكون قد ارتبطت بأحداث سابقة مؤثرة في حياة الشخص .

الجدول 11-2 العوامل المشتركة لأساليب العلاج النفسي والتي ترتبط بالنتائج

الإيجابية

| العوامل الداعمة | عوامل التعلم | العوامل الأدائية |
|---|-------------------------------------|----------------------------|
| التفريغ الانفعالي | النصح | تنظيم السلوك |
| التوحد مع المعالج | الخبرة الانفعالية | السيطرة المعرفية |
| تخفيف العزلة | استعادة الخبرات المتعلقة بالمشكلة | التشجيع على مواجهة المخاوف |
| العلاقة الإيجابية | تغيير التوقعات حول الفعالية الذاتية | المجازفة |
| إعادة الطمأنينة | التعلم المعرفي | جهود السيطرة |
| التخلص من التوتر | الخبرة الانفعالية التصحيحية | النمذجة |
| البناء | استكشاف الإطار المرجعي الداخلي | الممارسة |
| التحالف العلاجي | التغذية الراجعة | اختبار الواقع |
| المشاركة الفعالة بين المعالج والعميل | الاستبصار | خبرة النجاح |
| خبرة المعالج | المنطق | مواصلة العمل التحليلي |
| الدفع ، الاحترام ، التعاطف ، التقبل ، والإخلاص من قبل المعالج | | |
| الثقة | | |

المصدر : (Lambert & Ogles (2004

في البداية ، من المهم تخفيف القلق المصاحب لمشكلات المريض الحياتية ، بحيث يمكن لنا التعرف على العوامل المسؤولة عن هذه المشكلات . هذا ، وتلتقي العناصر الأساسية للعلاج النفسي -بما فيها طبيعة العلاقة ، ومؤهلات المعالج ، والخصوصية ، والسرية- لتزود المريض بالطمأنينة والإحساس بالأمان ، مما يساعد على تقليل القلق لديه ، ويسمح له بتأمل خبراته ومراجعتها بشكل منظم .

وفي الحالات التي تكون فيها درجة القلق مرتفعة ، قد يحتاج بعض المرضى إلى أدوية مضادة للقلق -وفق مشورة طبية- ، مما يساعد على التعامل مع الموقف . إلا أنه من المهم اعتبار أدوية كهذه أداة مؤقتة ، لا حلاً دائماً . فقد يعاني بعض المرضى من الأعراض الجانبية للأدوية ، وقد تندخل الأدوية فعلياً في بعض أساليب العلاج النفسي (مثل أساليب العلاج بالتعرض) ، حيث يكون الهدف هو زيادة درجة القلق لدى الفرد في مواجهة المثيرات بحيث يعتاد عليها . وسوف نتحدث عن العلاج بالتعرض بشكل مفصل في الفصل الرابع عشر .

التفسير والاستبصار Interpretation/Insight

يرى العديد من غير المختصين ، خطأً ، أن العلاج النفسي عبارة عن عملية سهلة ومباشرة ، يعرض فيها شخص ما مشكلته ، فيسأله المعالج أن يصف خبرات طفولته ، ثم يقدم المعالج سلسلة من التفسيرات حول المعاني الحقيقية لتلك الخبرات الطفولية ، فيصل الشخص إلى الاستبصار (Insight) . ومع هذه الرؤية المفاجئة ، يصيب الاستبصار الهدف تماماً ، ويتبعه فترة من الدهشة والتأمل ، تتبدد فيها المشكلة فتذوب كالثلج ، وفي النهاية يخرج العميل من غرفة الإرشاد مغموراً بضياء الشمس عند غروبها ، يملؤه إحساس بالسكينة والهدوء ، والشعور بالراحة والمتعة الدائمة . ولا شك بأن مثل هذا السيناريو مقتبس عن فيلم رديء ، أو أنه من صنع خيال معالج مبتدئ أو عميل ساذج .

ومع ذلك ، لا يخلو هذا السيناريو من بعده الواقعي ؛ فهناك عدد من المعالجات النفسية التي تعلق أهمية على خبرات المريض المبكرة ، إلا أنها تتباين في درجة الأهمية التي تعطيها لهذه الخبرات ، وحجم المعلومات المطلوبة عن خبرات الطفولة ، ونظرتها إلى الآثار التي تتركها مثل تلك الخبرات . والتفسير (Interpretation) بدوره عامل مشترك في العلاج النفسي أيضاً ، لكن مدى استخدامه ونوعه وتوقيت استخدامه والأهمية التي تعزى إليه ، تختلف باختلاف مدارس العلاج

وإطلاق الانفعالات ، أو التفريغ الانفعالي (Catharsis) كما يُصطلح عليه أحياناً- هو جزء حيوي من معظم أساليب العلاج النفسي . ويختلف عمقه وتركيزه تبعاً لطبيعة المشكلة وشدها ، وتبعاً للمرحلة الراهنة من العلاج . وفي كل الأحوال ، ينبغي على المعالج النفسي أن يكون مستعداً للتعامل مع التعبيرات الانفعالية ، واستخدامها لإحداث التغيير . وبالرغم من أن بعض أشكال العلاج النفسي تعطي اهتماماً للتعبير الانفعالي أكثر من غيرها ، فإن تجاهل أي نوع جديد من العلاج لهذا النصر المهم ، يعرض الأسلوب العلاجي برمته للانتقاد . ومن ناحية أخرى ، هنالك أشكال من العلاج النفسي (مثل إدارة الغضب) التي لا يُعتبر التفريغ الانفعالي فيها هدفاً مرغوباً . وفي مثل هذه الحالات ، قد يكون الهدف هو الوصول بالفرد إلى قدر أفضل من السيطرة على تعبيراته الانفعالية .

العلاقة المهنية أو التحالف العلاجي Relationship/Therapeutic Alliance

يرى بعضهم أن طبيعة العلاقة أو التحالف العلاجي ما بين المريض والمعالج ، هي العنصر المسؤول أكثر من غيره عن إنجاح العلاج النفسي . ورغم أن مكانة العلاقة قد لا ترقى بالنسبة لبعض المعالجين إلى درجة اعتبارها "العنصر الأساسي للشفاء" ، إلا أن المعالجين بسائر توجهاتهم تقريباً ، يؤكدون على الأهمية الخاصة للعلاقة العلاجية . فهل هناك مكان آخر يجد فيه المرضى مناخاً من التقبل والتسامح والفهم الذي يخلو من إصدار الأحكام ، ويمكنهم فيه مناقشة رغباتهم الخاصة وأسرارهم وخيباتهم بحرية وانفتاح؟ فمناقشة مثل هذه الأمور مع أحد الأقارب أو الأصدقاء مثلاً ، تحمل دائماً في طياتها وصمة من التقييم ، والتي تقود في الغالب إلى تعقيدات لا تكون في الحسبان ، وذلك لأن الشخص الآخر عادةً ما يكون له نصيبه من المسائل التي تمت مناقشتها ؛ مما قد يشكل تهديداً للأقارب أو الأصدقاء ، إذ أن محتوى مثل هذه النقاشات قد يؤدي إلى اختلال في أسس العلاقات القائمة . تُرى ، هل يمكن للزوج أن يصرح لزوجته بمخاوفه فيما يتصل باعتماديته ، الأمر الذي يمكن أن يؤثر في نظرتها لدورها؟ وهل يمكن للابن أن يبوح بمخاوفه من الفشل لوالده الذي يتبجح دائماً بإنجازاته ابنة؟ وهل يمكن للابنة أن تخبر والدتها باستعدادها للتخلي عن دورها كربة منزل من أجل مهنتها ، دون أن تتدخل قيم الأم في هذه المسألة؟

يمكن لكل تلك الأمور وغيرها أن تحدث في العلاج النفسي . والمعالج الفعال هو شخص يمكنه أن يكون متقبلاً ، لا يصدر الأحكام ، موضوعي ، مستبصر ، ومهني في آن معاً . لكن مثل هذه الأوصاف الرائعة ، يندر أن تنطبق على جميع المعالجين طوال الوقت . وعلى الرغم من ذلك ، فعلى الأرجح أن تكون قدرة المعالج على السمو فوق حاجاته الخاصة ، والتعامل مع الأشياء بمهارة مهنية ، في جو من الخصوصية والفهم والدفء ، والخلو من إطلاق الأحكام على المريض ، هي من بين الأسباب الأساسية لنجاح العلاج النفسي واستمراره في مجتمعنا .

النفسي المختلفة . إلا أن أحد أهم العناصر في العديد من أشكال العلاج النفسي - بغض النظر عن نوعها وسماتها - هو محاولة الوصول بالمريض إلى رؤية خبراته الماضية من منظور مختلف .

هذا ، وقد تضاعفت الأهمية المعلقة على الاستبصار تدريجياً مع الزمن . فقد ساد في الماضي اعتقادٌ ساذج بأن وصول المريض لاستبصار حول طبيعة مشكلته ومنشئها ، يعني وصوله بصورة آلية إلى درجة أعلى من التكيف ، إلا أن العديد من المعالجين لم يعودوا يتمسكون بهذا الاعتقاد . ومع أن الاستبصار مازال يعد عنصراً مهماً ، فقد أصبح هنالك اعتقادٌ بإمكانية الوصول إلى تغير واضح في السلوك بطرق أخرى . وبالتالي ، فقد يُنظر إلى الاستبصار كعامل مسرّع للنمو والتطور النفسي ، ولكن ليس كعامل يحقق تغيرات حتمية كهذه بمفرده . كما أن انتظار حدوث استبصار يحرر المرء من مشكلاته ، قد يكون أسلوباً للتأجيل يستخدمه بعض المرضى لتجنب مسؤولية البدء بتغيير فعلي في حياتهم .

بناء الكفاءة، والسيادة Building Competence/Mastery

من المنطقي أن يكون الوصول بالعميل إلى مستوى أكبر من الكفاءة والفعالية ، أحد أهداف معظم أساليب العلاج النفسي . وجميع أشكال العلاج النفسي المذكورة سابقاً تسهّل الوصول إلى كفاءة أكبر ورضا أفضل . إلا أن هناك أشكالاً من العلاج النفسي ، التي تتضمن عناصر ومهام أخرى غير العلاقة العلاجية وتخفيف القلق . فقد يُنظر إلى العلاج مثلاً ، على أنه موقف يتعلم فيه العميل أشياء جديدة ، ويصحّح من خلاله طرق تفكير خاطئة . كما أن بعض أشكال العلاج تستخدم أحياناً معاني تعليمية واضحة ، مثل "تعليم" الفرد طرقاً أكثر فعالية في إيجاد وظيفة ، أو تزويده بمعلومات جنسية تساعد على التغلب على صعوباته الجنسية السابقة ، والوصول إلى تكيف جنسي أفضل في المستقبل . يمكن إذن للعلاج النفسي أن يكون أكثر من مجرد طرد للعفاريات النفسية القديمة ، بل يمكنه أن يكون خبرة تعليمية بكل معنى الكلمة . وقد أكد باندورا (Bandura, 1989) على أهمية الشعور بالكفاءة الذاتية (self-efficacy) ليصل الفرد إلى درجات أعلى من الأداء . باختصار ، يمكن القول إن الأشخاص الذين لديهم إحساس بالسيطرة (mastery) - أي أنهم يشعرون بالثقة ويتوقعون من أنفسهم أداء جيداً ، أو حتى مجرد الشعور بالارتياح تجاه أنفسهم - يكونون أكثر قابلية لتأدية أعمالهم بكفاءة .

عوامل أخرى غير محددة Nonspecific Factors

قد نسمّيها : الإيمان ، الأمل ، أو توقّع زيادة الكفاءة . فالعلاج النفسي - على ما يبدو - يرتبط بمثل هذه العوامل غير المحددة (Kazdin, 1979) . وهناك عدة عوامل يمكن أن تتضافر لتقود إلى مثل هذه

التوقعات ؛ فشمة أولاً معتقدات وتوقعات معينة غالباً ما ترتبط بالعلاج (في عيون العامة على الأقل) ، حيث يأتي المريض إلى المعالج عادةً وهو يتوقع المشاركة في عملية تكاد تضمن له تعزيز صحته النفسية . ويشجع المعالجون عادةً مثل هذه الاعتقادات ؛ لأنهم يعلمون جيداً أن العميل الذي يؤمن بفعالية العلاج ويتمتع بالدافعية ، تكون احتمالات تقدمه أكثر من احتمالات تقدم عميل آخر متهمك ومتمرد . إضافة إلى ذلك ، فكل معالج تقريباً يتبنى نظرية في التغيير العلاجي ، وسواء كانت هذه النظرية إشراطية ، أو تدور حول مفهوم اللا شعور ، أو حول الإيمان بإمكانات التطور الكامنة ، فإنها تظهر في ما يقوم به المعالج من تجسيد للطريقة التي يعمل بها العلاج ، مما يولد الثقة لدى العميل ، ويساعد على التخفيف من مشاعر اليأس لديه . ورغم أن المعالجة الناجحة يمكن أن تُعرف بأنها تلك التي تبث الأمل والإيمان ، وترفع المعنويات في النفوس (J. D. Frank, 1973) ؛ إلا أن ذلك لا يعني تقليص العلاج النفسي إلى ما وصفه أحدهم بأنه مجرد أثر إيهامي (Placebo effect) ، مقللاً بذلك من قيمة العلاج . إن توقعات العميل من شأنها أن تساعد على زيادة فاعلية التقنيات العلاجية المستخدمة ، وبالتالي فإن نجاح مثل هذه التقنيات يعمل بدوره على زيادة توقعات العميل .

وقد نوّه فرانك (Frank, 1982) في وصفه للعلاج النفسي ، إلى أن العلاج يتضمن فكرة عقلانية أو نظاماً من المفاهيم التي تقدم تفسيراً معقولاً لصعوبات المريض ، وتصف شعائر وطقوساً لإعادة التوازن إليه . وكما يقول فرانك ، فإن مثل هذه التفسيرات والشعائر يمكن أن تزود المريض بمبررات للتخلي عن أعراضه عندما يكون مستعداً لذلك ، مع الحفاظ على ماء وجهه . إن توقف المريض عن الشكوى أو التخلي عن الأعراض الملازمة له دون سبب أو مبرر ، قد يعني سخافة شكواه أو أعراضه . وبالتالي ، مهما أطلقنا على هذا العامل من تسميات - عاملاً غير محدد أو أثراً إيهامياً أو إيماناً - ، فإنه يُعدّ عنصراً هاماً في عملية العلاج .

المتغيرات العلاجية وطبيعتها *Nature of Specific Therapeutic Variables*

من المريح والساكن لو كان العلاج النفسي أمراً روتينياً بسيطاً ؛ يضع فيه المعالج تشخيصاً ما ، ينقله للمريض ، يلقي عليه محاضرة أو اثنتين ، ثم سرعان ما يشفى المريض . لكن ، ولسوء الحظ ، فإن الأمور لا تسير بهذه الطريقة . فعادةً ما يحتاج المعالج إلى قضاء وقت لا بأس به في تصحيح توقعات المريض حول العلاج بأنه وصفة نفسية بسيطة . ولأن العلاج النفسي عملية معقدة ونشطة وحيوية ، فإن السلبية ونقص الدافعية قد يشكلان عائقاً له . وهناك عدد من العوامل التي تؤثر في عملية العلاج ، تتضمن المريض والمعالج والتفاعل بينهما . وعادةً ما يكون لهذه العوامل آثارها الملموسة ، التي تُضاف إلى آثار الأسلوب العلاجي المستخدم .

هل توجد صفات عامة أو خاصة للمريض تؤثر في نتائج العلاج؟ ليس لهذا السؤال الذي لا يخلو من البساطة المضللة سوى إجابة واحدة: "بحسب الموقف". والسبب في هذه الإجابة هو أن نتائج العلاج تعدّ أحداثاً شديدة التعقيد، ولا تتشكل بفعل صفات المريض فقط؛ بل تتحدد أيضاً بمؤهلات المعالج ومهاراته، وأنواع العلاج النفسي المستخدمة، وظروف المريض وبيئته... إلخ. وفي المحصلة، ينبغي أن نحدد، وبدقة، أي نوع من المرضى يفيد من أية إجراءات علاجية، وتحت أي ظروف، وبواسطة أي من المعالجين (Kiesler, 1966; Paul, 1967).

وبوضع التوضيح السابق في الاعتبار، يمكننا أن نناقش بعضاً من أبرز المتغيرات المتعلقة بالمريض، والتي ارتبطت بمخرجات أساليب العلاج التقليدية:

درجة الضيق لدى المريض The Degree of the Patient's Distress

هنالك تعميم ينادي به الأخصائيون الإكلينيكيون عادةً، مفاده أن الأفراد الأقل احتياجاً للعلاج النفسي هم الأكثر إفادةً منه. والصيغة الأخرى الأدق لهذه الفكرة، تظهر في تمييز ترواكس وكاركوف (Truax & Carkhuff, 1967) بين شعور المريض بالاضطراب، وبين سلوكه المضطرب الظاهر. ويعد هذا التمييز بالنسبة للعديد من الإكلينيكيين مؤشراً للتنبؤ بالنتائج الإيجابية لدى المريض الذي يعاني من الضيق أو القلق، إلا أنه يقوم بوظائفه بشكل جيد.

لقد كانت نتائج الأبحاث المبكرة في هذه المسألة متناقضة وغير متسقة (نما يعكس ثانيةً استحالة الوصول إلى نتيجة بسيطة، دون أخذ عوامل متعددة أخرى بعين الاعتبار). فقد وجدت مجموعة من الدراسات مثلاً، أنه كلما كان الضيق الأولي شديداً، كان التحسن كبيراً (e.g., A. R. Stone et al., 1961). بينما وجدت مجموعة أخرى (e.g., Barron, 1953) نتائج معاكسة تماماً للنتائج السابقة. وزيادةً في تعقيد المسألة، فقد أشار ميلر وجروس (Miller & Gross, 1973) إلى أن العلاقة بين التحسن والضيق الأولي، علاقةً منحنية أو جرسية: أي أن المرضى ذوي الاضطراب البسيط جداً، أو الشديد جداً، يظهران تحسناً أقل من المرضى ذوي الاضطراب المتوسط. وفي ملخص لأحدث البحوث في هذا المجال، فقد استنتج كلاركين وليفي (Clarkin & Levy, 2004) من خلال عدة دراسات -بشيء من الثبات- أن الأفراد الأكثر ضيقاً يحرزون أضعف النتائج، وأن أولئك الذين يُشخصون باضطراب آخر، إضافةً إلى اضطرابهم، تكون نتائجهم هي الأسوأ.

بشكل عام ، يحتاج العلاج النفسي إلى درجة معقولة من الذكاء (Garfield, 1994) . وهذا لا يعني أن الأشخاص الذين يعانون من التخلف العقلي لا يفيدون من الإرشاد ، أو من فرصة التحدث عن صعوباتهم تحت ظروف معينة . ولكن يبدو أن الفرد الأكثر ذكاء -عند تساوي بقية الظروف- أكثر قدرة على التصدي لمتطلبات العلاج النفسي .

وهذا الأمر صحيح لعدة أسباب : أولها أن العلاج النفسي عملية لفظية ، تتطلب من المرضى تحديد مشاكلهم وتأطيرها بالكلمات . وثانياً ، فإن العلاج النفسي يتطلب من المرضى إيجاد روابط بين الأحداث المختلفة ؛ وينبغي عليهم أن يكونوا قادرين على رؤية العلاقات بين الأحداث السابقة والمشاكل الحالية ، والوصول إلى ربط مشاعرهم الراهنة بالأحداث التي مرت بهم ، والتي ربما تبدو العلاقة بينهما بعيدة لأول وهلة . وأخيراً ، يتطلب العلاج النفسي درجة من الاستبطان ، لكي يتسنى للعميل تشكيل الروابط بين الأحداث . وبما أن العلاج التقليدي يركز على المحددات الداخلية للسلوك ، فهذا يعني أن المريض الذي يجد صعوبة في النظر إلى باطنه قد يواجه صعوبات في التكيف مع العملية العلاجية .

هذا ، وقد استخدمت أنواع من العلاج السلوكي بنجاح كبير مع الأفراد الذين يعانون من محدودية التفكير . ويُعتبر العديد من أساليب تعديل السلوك ملائماً هنا ، خصوصاً عندما يتضمن الهدف تعديلات سلوكية محددة بدلاً من الاستبصار . وعند القيام بأنواع معينة من التأهيل ، مثل تطوير القدرات الاجتماعية أو مهارات العناية بالذات ، فيمكن أن يتم ذلك من خلال التركيز على السلوك بدلاً من الأفكار . وبشكل عام ، عندما تتمثل المشكلة في الصعوبات السلوكية ، فإن أساليب العلاج السلوكي هي المفضلة عادةً .

العمر Age

يُعدّ المرضى الأصغر سناً (أقل من 40 عاماً مثلاً) أكثر إفادة من العلاج النفسي عند تساوي بقية العوامل ؛ فهم أكثر مرونةً أو أقل ثباتاً واستقراراً في آرائهم . وربما كانوا أقدر على إيجاد الروابط ما بين الأحداث ، لأنهم أقرب إلى سنوات الطفولة من المرضى الأكبر سناً ، أو ربما كان تعزيز السلوكات السلبية لديهم أقل تكراراً منه عند نظرائهم من الكبار . ومهما يكن الأمر ، فالفكرة القائلة إن الأشخاص الأصغر سناً هم الأفضل بالنسبة للعلاج النفسي ، هي فكرة شائعة بالفعل بين الأخصائيين الإكلينيكين . كما أن نتائج الأبحاث تدعم الرأي القائل إن تقدم المرضى الأكبر سناً في العلاج يعد ضئيلاً بالنسبة لغيرهم ، وضعيفاً في أفضل الأحوال (Clarkin & Levy, 2004; Garfield, 1994; M. L. Smith et al., 1980) .

هذا ، ويجدر النظر إلى الخصائص الأخرى التي تميز المريض ، لا إلى عمره فحسب . فعادةً ما يكون المرء في الخامسة والخمسين نشيطاً ومنفتحاً وقادراً على الاستبطان ، ويمكنه الإفادة فعلاً من العلاج . وباختصار ، فإن إنكار فوائد العلاج بالنسبة لكبار السن قد يعد نوعاً من التمييز العمري أحياناً ، خصوصاً أن البحوث تدعم فعالية الأنواع المختلفة من العلاج المعرفي-السلوكي والعلاج بالتحليل النفسي مع كبار السن (Gallagher-Thompson & Thompson, 1995; Scogin & McElreath, 1994).

الدافعية Motivation

تكون عملية العلاج النفسي طويلةً أحياناً ، وتتطلب الشيء الكثير من المريض . وربما تكون مشحونةً بالقلق والانتكاسات ، ويتخللها فترات من عدم التحسن . ولكي ينجح العلاج النفسي ، فعلى المريض أن يقوم بتفحص جوانب من فكره لم يتطرق إليها منذ زمن ، وربما يتطلب منه ذلك أن يقوم بسلوكات جديدة قد تثير القلق لديه . وكما ذكر سابقاً ، فالعلاج النفسي ليس عمليةً سلبية يتم فيها تلقيم المريض بالاستبصار ، بل على المريض هنا أن يبحث عن الاستبصار ويسعى إليه بنشاط ، وعادةً ما لا يكون هذا البحث سهلاً . لهذه الأسباب ولغيرها ، يحتاج العلاج النفسي الناجح إلى الدافعية .

وفي مستوى معين ، ينبغي أن تكون لدى المريض رغبة قوية بالعلاج (رغم وجود فترات في العلاج النفسي يريد فيها أكثر المرضى دافعية ترك العلاج) . ويتبع ذلك إذن ، أن العلاج عملية تطوعية لا يمكن إجبار أحد عليها ، وعندما يُجبر الناس على تلقي العلاج النفسي ، فإنهم نادراً ما يفيدون منه . فليس العلاج النفسي ذا فائدة للسجين الذي يأتي إلى المعالج ليحصل على إطلاق سراح مشروط ، ولا للطالب الجامعي الذي أعطي فرصة للذهاب إلى مركز إرشادي -عقب اتهامه بتعاطي الماريجوانا- بدلاً من إيداعه السجن ، ولا للشخص الذي يخضع للعلاج للمحافظة على امتيازات التأمين .

وبغض النظر عن المقولة التقليدية التي تضع دافعية المريض كشرط ضروري لحدوث التغيير الإيجابي ، فقد تنوعت نتائج الأبحاث في هذا الشأن (Garfield, 1994) . ولعل إحدى المشكلات المنهجية هي تلك المتعلقة بكيفية تقييم دافعية العميل ، فقد اختلفت الدراسات في طرق قياسها لهذه الدافعية . حيث استخدم يوكين وبيرمان (Yoken & Berman, 1987) مثلاً ما يدفعه العميل من مبالغ مقابل العلاج ، كمؤشر على دافعيته . ووجدوا فرقاً بسيطاً في النتائج بين المرضى الذين يدفعون مبالغ محددة كأتعاب ، وأولئك الذين تم إعفاؤهم من دفع مثل هذه الأتعاب . مما قادهما إلى استنتاج

أن الدافعية لا تبدو مرتبطة بنتائج العلاج . إن الافتقار إلى نتائج حاسمة في هذه المسألة قد يعكس الصعوبات التي تعرض لها الباحثون في تعريف دافعية العميل وقياسها .

الانفتاح Openness

يربط معظم الأخصائيين الإكلينيكين بين التنبؤ الإيجابي بنتائج العلاج وما يبديه المرضى من احترام للعلاج النفسي ، وتفاؤل بالإفادة منه . كما ويشعر الإكلينيكيون بالارتياح عندما ينظر مرضاهم لمشكلاتهم من زاوية نفسية وليست طبية . حيث أن مثل هؤلاء الأشخاص يسهل "تعليمهم ليكونوا مرضى صالحين للعلاج النفسي" ، بعكس أولئك المرضى الذين ينظرون إلى صعوباتهم على أنها أعراض يمكن شفاؤها على يد معالج نفسي صاحب علم وسلطة ، بينما هم ينتظرون النتائج بسلبية . وعليه ، فإن قدراً من "الانفتاح" تجاه عملية العلاج (Strupp & Bergin, 1969) من شأنه أن يزيد من فرص الاستفادة التي يمكن أن يجنيها المريض من العلاج .

الجنس Gender

ما هي العلاقة بين نتائج العلاج وجندر المريض؟ يعتقد الكثيرون أن النساء يستفدن من العلاج أكثر مما يفعل الرجال . إلا أن الأبحاث لا تدعم الارتباط بين الجنس البيولوجي للعميل ونتائج العلاج النفسي (Clarkin & Levy, 2004; Garfield, 1994) . ورغم أن ارتباط جنس العميل بنتائج العلاج ليس مؤكداً ، إلا أن هناك حالات معينة ، يبدو فيها مهماً أن يؤخذ جنس (أو جندر) المعالج في الاعتبار بصورة خاصة . فالمرأة التي تعرضت للاغتصاب مثلاً قد تشعر بالراحة للحديث مع معالجة نفسية ، أكثر مما لو كان المعالج ذكراً .

الأصل، العرق، والطبقة الاجتماعية Race, Ethnicity, and Social Class

لقد احتدم الجدل في بعض الأوساط الغربية حول فعالية العلاج النفسي بالنسبة للمرضى من الأقليات العرقية ، خصوصاً عندما يكون علاجهم على أيدي معالجين من البيض . ويبدو فعلاً أن العديد من التقنيات العلاجية قد وُضعت لمرضى بيض من الطبقات الاجتماعية الوسطى والعليا ، كما يبدو أن هنالك القليل من الإجراءات التي تأخذ باعتبارها الخلفية الاجتماعية للمرضى وتوقعاتهم . ويشير بانكس (Banks, 1972) إلى احتمال ظهور قدر أكبر من الألفة والمودة والشفافية بين المعالج والمريض عندما يكونان من أصل عرقي واحد . كما توصل آخرون إلى نتائج مشابهة فيما يتعلق بالطبقة الاجتماعية والخلفية الثقافية والقيم والخبرات ، واقترحوا بأنه يمكن التخلي عن أساليب العلاج التقليدية لصالح أساليب داعمة أكثر . ومع ذلك ، لم يستطع عقداً من البحث أن يحسما وجود مثل هذا الاختلاف في النتائج العلاجية المترتبة على الفروق العرقية (Sue, 1988; Sue, Zane, & Young, 1994; Zane et al., 2004) .

وقد وصف شوفيلد (Schofield, 1964) الشخص الذي يعتقد المعالجون النفسيون بأنه المريض المثالي بـ "متلازمة يافيس" (YAVIS syndrome) (الشباب young ، الجاذبية attractive ، التواصل اللفظي verbal ، الذكاء intelligent ، والنجاح Successful) ، وقد فشل عدد من مراجعات الأبحاث في التوصل إلى وجود علاقة بين الطبقة الاجتماعية ونتائج العلاج (Garfield, 1994) . أما الأمر الذي لم يتم التحقق منه بدقة ، فهو ما إذا كان ينبغي أن يتشابه المرضى والمعالجون من حيث الطبقة الاجتماعية ، أم أن هنالك أشكالاً علاجية أكثر فعالية من غيرها مع مرضى من مستويات اقتصادية-اجتماعية متدنية .

ووجد بعض الباحثين أن رغبة المريض في استمرار العلاج قد تتأثر سلباً عندما يكون هنالك اختلاف واضح بينه وبين المعالج من حيث الطبقة الاجتماعية أو القيم (Zane et al., 2004) . وقليلون هم الذين لا يؤكدون على حساسية مسألة الثقافة وأهميتها بالنسبة للمعالج ، وبالتالي ينبغي تطوير خدمات للصحة النفسية تراعي الحساسية الثقافية في مجال العلاج النفسي (Sue et al., 1994; Zane et al., 2004) . كما يحتاج المعالجون أيضاً إلى تطوير نوع من التعاطف المعرفي ، أو إلى ما سماه سكوت وبورودوفسكي (Scott & Porodovsky, 1990) بأخذ أو لعب الدور الثقافي أثناء تعامل المعالج مع الأقليات العرقية . وفي التحليل الختامي ، يجب على علم النفس الإكلينيكي تدريب المعالجين على تطوير الحساسية الثقافية ، بحيث يمكنهم العمل بفعالية مع الأشخاص ذوي الثقافات المختلفة (Paniagua, 1998) .

رد فعل المعالج تجاه المريض Therapists' Reaction to Patients

سواءً كان المريض من النوع المتفائل الذي يحظى برودود فعل إيجابية من قبل الآخرين ، أو لم يكن كذلك ؛ فلا ينبغي أن يشكل هذا فارقاً . وعلى المعالج أن يكون قادراً على العمل بفعالية ولباقة ، بغض النظر عن ردة فعله الإيجابية أو السلبية تجاه المريض . وعلى أية حال ، وكما رأينا سابقاً ، فالمعالجون ليسوا مخلوقات مثالية ؛ فهم يتأثرون فعلاً بالخصائص الشخصية للآخرين . ولحسن الحظ ، فإن ما يبيده المعالجون من فهم وضبط للذات في إطار علاقتهم المهنية مع المرضى ، يتجاوز بكثير ذلك المستوى من الفهم وضبط الذات الموجود لدى العديد من الأشخاص العاديين في علاقاتهم الاجتماعية والبيئية-شخصية . ومع ذلك ، توجد بعض الدلائل التي تشير إلى أن المرضى الذين يتصفون بدرجات عالية من الجاذبية (e.g., Nash et al., 1965) ، أو الذين يمكن للمعالجين أن ينسجموا معهم بطريقة أفضل (e.g., Isaacs & Haggard, 1966) ، تميل نتائج علاجهم النفسي إلى أن تكون أفضل (Garfield, 1994) . كما بينت إحدى الدراسات أن نجاح المعالجين في علاج مرضى مفترضين لم يميلوا إليهم ، كان أقل من مدى نجاحهم في علاج أولئك المرضى الذين مالوا إليهم (Lehman & Salovey, 1990) .

العوامل الثقافية

يزداد تقديم الخدمات النفسية من قبل الأخصائيين الإكلينيكين ليشمل أشخاصاً من جماعات ثقافية متعددة . لذلك ، على الأخصائي الإكلينيكي أن يأخذ عدداً من العوامل في اعتباره عند تقييم ومعالجة عملاء ينتمون إلى عرق أو مستوى اقتصادي - اجتماعي ، مختلف عن ذلك الذي ينتمي إليه . وقد قدم بانياوا (Paniagua, 1998) عدداً من الإرشادات العامة في هذا المجال :

1 . **التشاقف (Acculturation)** ويشير هذا المصطلح إلى "درجة اندماج أنماط ثقافية جديدة ضمن الأنماط الثقافية القديمة" (Paniagua, 1998) . وقد يكون هذا التشاقف داخلياً (كالاتقال من منطقة إلى أخرى في البلد نفسه) أو خارجياً (كالاتقال إلى بلد آخر) . ويستطيع الإكلينيكيون أن يقدروا درجة التشاقف التي يبديها العميل من خلال تطبيق مقاييس مختصرة لقياس متغيرات عدة ؛ مثل اللغة المفضلة ، الفئة الاجتماعية التي يريد العميل مخالطتها ، والجيل الذي يفضلته (Paniagua, 1998) .

2 . **العائق اللغوي (Language Barriers)** : ورغم أن الوضع الأمثل هو تجنب استخدام شخص مترجم قبل الإمكان ، إلا أن بعض الحالات قد تستدعي ذلك . ويقترح بانياوا (1998) استخدام مترجم من خلفية المريض الثقافية نفسها ، كما ينبغي على المترجم أن يكون ملماً بالصحة النفسية ، وأن يتمي شيئاً من الألفة (Rapport) مع العميل قبل العلاج . وينبغي استخدام نظام ترجمة متتال (وليس متزامناً) ، كما ينبغي تجنب استخدام الأصدقاء والأقارب والأبناء كمترجمين . ويجب الاهتمام أيضاً بدرجة الدقة في لترجمة ، كما يجب أخذ مستوى التشاقف للمترجم بعين الاعتبار .

3 . **المبالغة في التشخيص (Overdiagnosis)** : ينبغي على الإكلينيكي الحيلولة دون النظر إلى سلوكيات الأشخاص ذوي الثقافات المختلفة كأعراض مرضية ، لمجرد أنها غير مألوفة أو غير طبيعية .

4 . **العائلة الممتدة (Extended Family)** : على الأخصائي الإكلينيكي أن يعتمد على تعريف العميل للعائلة الممتدة (والتي قد تشمل أعضاء لا يربط الدم بينهم) قبل طلب مساعدة الآخرين في معالجة العميل .

5 . **نوع النظرية (Type of Theory)** : عادة ما يكون العلاج الموجه والنشط والمفتن مفضلاً من قبل الأميركيين الأفريقيين ، والأميركيين الأصليين ، والهنسبانيين ، والأميركيين الآسيويين . وعلى العلاج الفردي أن يسبق أي علاج أسري أو زوجي ، وذلك في الحالات والمشكلات التي يبدو أن التشاقف يلعب دوراً رئيساً فيها .

6 . **مقدار المعلومات المطلوبة (Amount of Data Collected)** : على الإكلينيكي أن يتجنب جمع كمية ضخمة من المعلومات في بداية التقييم أو المعالجة ، والافيطن الأفراد من الجماعات الثقافية المختلفة أن ذلك دليل على عدم كفاءة المعالج وجهله بشقاقتهم الخاصة . إذن ينبغي جمع البيانات بالتدريج ، ومن خلال عدة جلسات علاجية .

7 . **تعريف "المعالج النفسي" (Definition of Therapist)** : من المهم فهم معنى مصطلح "المعالج النفسي" من قبل العميل ، فقد يعني "المعالج" : "الطبيب" ، "المداي" ، أو "الطبيب الشعبي" . بالتالي ، فمن الضروري تصويب أية توقعات خاطئة يحملها العميل دون مبرر .

من البديهي وجود علاقة ما بين الخصائص الشخصية للمعالج وعملية العلاج ، كما أن الاتجاه العلاجي الذي يتبناه المعالج لا يلغي دور شخصيته أو دفته أو حساسيته . وقد أدرك فرويد مبكراً الآثار المحتملة لشخصية المعالج على عملية التحليل النفسي ، وأوصى بأن يخضع المحللون النفسيون إلى تحليل دوري "لـ" منع " مثل هذه العوامل الشخصية من التأثير سلباً على العملية العلاجية ؛ وذلك لكي يدركوا هذه العوامل ، وكيفية السيطرة عليها . وقد أخذ روجرز بالوجه الآخر للعملة نفسها ، وجعل من صفات المعالج - كالتقبل والدفع - أساساً للعلاج . ورغم تركيز فرويد على السلبيات وتركيز روجرز على الإيجابيات ، فقد قام كلاهما بوضع حجر الأساس لفهم دور المتغيرات الخاصة بالمعالج في عملية العلاج . ولسوء الحظ ، ورغم اتفاق الجميع تقريباً على أهمية متغيرات المعالج ، إلا أن الاتفاق حول تفاصيل هذا الموضوع أقل بكثير . وقد أصبحت كيفية تأثير صفات المعالج على نتائج العلاج مجالاً مهماً للبحث في الوقت الراهن (Beutler, Machado, & Neufeldt, 1994; Beutler et al., 2004).

العمر، الجنس، والأصل العرقي Age, Sex, & Ethnicity

في مراجعات شاملة لخصائص المعالج التي قد تؤثر في نتائج العلاج ، أعلن بيوتلر وزملاؤه (Beutler et al., 1994, 2004) أن الأبحاث المتوافرة لا تشير إلى وجود علاقة بين عمر المعالج ونتائج العلاج ، كما أن المقارنة بين المعالجين الذكور والإناث لم تظهر فروقاً دالة من حيث أثر العلاج ، إضافة إلى أن تشابه الأصل العرقي للمريض والمعالج ، لا يؤدي بالضرورة إلى نتائج أفضل . ويسلم بيوتلر وزملاؤه (Beutler et al., 1994, 2004) بأن هذه النتائج قد تكون مناقضة للآراء الاجتماعية السياسية السائدة . وفي الوقت نفسه ، فإنهم يؤكدون على أن الأبحاث المتوافرة في هذا المجال تعاني من بعض المشكلات المنهجية . فالتغيرات الخاصة بالمعالج قد تتفاعل مع صفات العميل ومكان المعالجة ونوعها . مرة أخرى ، يبدو أن الحل هو أن يكون المعالجون أكثر حساسية تجاه مسائل العمر والجنس والهوية العرقية ، في علاقتهم مع أنفسهم ، وفي علاقتهم مع المرضى أيضاً .

الشخصية Personality

في مناقشتهم للمتغيرات المتعلقة بالمعالج ، خرج ستراب وبيرجن (Strupp & Bergin, 1969) بنتيجتين تستحقان الذكر . أولاً : رغم أن الشواهد تقول بأهمية شخصية المعالج كقوة فاعلة ، إلا أن العوامل الأخرى تؤثر في نتائج العلاج بشكل كبير . ثانياً : لقد راح الاهتمام بمثل هذه الأبحاث يتراجع تدريجياً ، بينما أخذت أساليب العلاج السلوكي بالانتشار على نحو واسع . على أية حال ،

مع تزايد اتجاه المعالجين السلوكيين نحو مثل هذه العوامل الشخصية بدلاً من تلك المتصلة بالتقنيات والآليات ، فمن المرجح أنهم سوف "يعيدون اكتشاف" أهمية صفات المعالج ، ويبدؤون بدمج هذه الصفات في أبحاثهم وممارساتهم .

هل هناك مجموعة من السمات الشخصية التي ينبغي على المعالج "المثالي" أن يتمتع بها؟ يقترح كراسنر (Krasner, 1963) بتردد ، أن أدبيات البحث في هذا المجال تصف المعالج المثالي على أنه :

ناضج ، حسن التكيف ، متعاطف ، متسامح ، صبور ، لطيف ، لبق ، لا يطلق الأحكام ، متقبل ، متساهل ، غير ناقد ، دافئ ، محبوب ، يهتم بالإنسان ، يتسم بالاحترام ، يراعى العلاقة الديمقراطية بين الناس ويعمل لأجلها ، حرّ من التطرف العرقي والديني ، لديه هدف قيم في الحياة ، ودود ، مشجّع ، متفائل ، قوي ، ذكي ، حكيم ، مهتم ، مبدع ، يقدر الجمال ، ذو تفكير علمي ، كفؤ ، جدير بالثقة ، مثال يحنّذي به المريض ، واسع الحيلة ، حساس عاطفياً ، واع بذاته ، مستبصر بمشاكله الخاصة ، تلقائي ، لديه حس بالدعابة ، يحسن بالأمان الشخصي ، ناضج فيما يتعلق بمسائل الجنس ، ينمو وينضج بفعل خبرات الحياة ، لديه رحابة صدر إزاء الفشل ، واثق بذاته ، مسترخ ، موضوعي ، يحلل ذاته ، واع لتحيزاته ، غير متذلل ، متواضع ، ينزع إلى الشك لكنه ليس تشاؤمياً أو مستنكراً لنفسه . . . ، مستقيم ، منفتح ، صادق ، صريح ، ذو دراية بالمصطلحات والتقنيات ، مخلص مهنيًا ، وجذاب (ص 16-17) .

بال تأكيد ، لا يمكن لأي من البشر - ومن المعالجين تبعاً - أن يمتلك كل هذه السمات (حتى مع السماح بالتداخل ما بين هذه المصطلحات overlap in terms) . لذا فقد شكك كل من جولدستاين ، هيلير ، وسيكرست (Goldstein, Heller, & Sechrest, 1966) من جدوى مفهوم "المعالج المثالي" . وعليه ، فمن الحكمة والمنطق عند إجراء أية دراسة أن يتم التركيز على سمة واحدة أو مجموعة صغيرة من السمات فحسب ، إذ أن تناول كل هذه السمات مجتمعة كفيل بجعل الموضوع أقل تماسكاً .

وقد نوّه بيوتلر وزملاؤه (1994 ، 2004) إلى أن تأثير السمات الشخصية للمعالج على نتائج العلاج ، لم ينل الاهتمام الكافي من البحث . ومن بين تلك السمات التي تمت دراستها ، تركّز الاهتمام على : السيطرة/الجزم ، مركز التحكم المدرك ، وأسلوب التحليل المعرفي . وكان من الصعب رسم خط عام للنتائج المحرزة ، وذلك لأن كلاً من هذه المتغيرات يؤثر في النتائج بطريقة مختلفة ، وذلك تبعاً لسمات المريض ونوع العلاج (Beutler et al., 1994, 2004) فعلى سبيل المثال ، أورد هول

ومالوني (Hall & Malony, 1983) أن المستويات المرتفعة من السيطرة لدى المعالج أسفرت عن نتائج أفضل في الحالات التي كان فيها المعالج والعميل متشابهان من حيث الثقافة ، إلا أن المعالجين ذوي السيطرة المتدنية كانوا أكثر فعالية مع العملاء الذين ينتمون لثقافة مغايرة لثقافتهم .

التعاطف، الدفء، والأصالة Empathy, Warmth, & Genuineness

اعتبر سوينسون (Swenson, 1971) أن الاهتمام بالناس والالتزام نحوهم عامل أساسي في تمييز المعالجين الناجحين من غير الناجحين . وفي اتجاه مقارب ، وجد برونينك وشرودر (Brunink & Schroeder, 1979) أن المعالجين النفسيين الخبراء -بمختلف توجهاتهم النظرية- كانوا متشابهين من حيث التواصل التعاطفي .

لقد انبثق الاهتمام بالتعاطف ، وكذلك الأمر بالنسبة لفكرتي الدفء والأصالة ، عن نظام كارل روجرز (Rogers, 1951) في العلاج المتمركز حول العميل (Client-centered therapy) . حيث وصف هذه المتغيرات على أنها شروط ضرورية وكافية لإحداث التغيير العلاجي (Rogers, 1957) . ويبدو أن بعض الأبحاث تزودنا بأدلة تشير إلى وجود علاقة بين هذه الصفات الثلاث والنتائج العلاجية الناجحة (Truax & Carkhuff, 1967; Truax & Mitchell, 1971) . وعلى أية حال ، ففي مراجعة دقيقة للأبحاث حول نتائج العلاج النفسي وعلاقتها بالتعاطف والاحترام والأصالة ، لم يجد لامبرت وديخوليو وستاين (M. J. Lambert, DeJulio, & Stein, 1978) سوى مستوى بسيط من الدعم لهذا الافتراض الراجح . ويعتبر ستروب وبيرجين (Strupp & Bergin, 1969) أن التعاطف والدفء والأصالة شروط ضرورية لنتائج العلاج الجيدة ، ولكنها ليست كافية . وفيما بعد ، تم اعتبار هذه الصفات الثلاث مهارات قابلة للتدريب والتعلم . فوفقاً لما يقول بيرجن وسوين (Bergin & Suinn, 1975) من الواضح الآن أن هذه المتغيرات ليست قدرة أصيلة كما كان يُعتقد سابقاً ، إلا أن وجودها وتأثيرها يتخلل العلاقة بشكل كلي ، بل ويظهر بقوة حتى في المعالجات السلوكية" (ص 52) . وفي حالة التعاطف ، وجد بعض الباحثين أن المعالجين الأقل تأثيراً تميل درجات التعاطف لديهم إلى الانخفاض ، مقارنةً بنظرائهم من ذوي التأثير في العلاج (Lafferty, Beutler, & Cargo, 1994) .

هذا ، وقد ظهر جدالٌ (Beutler et al., 1994) حول ما إذا كانت هذه السمات الثلاث لا تعكس صفات المعالج فحسب ، وإنما صفات العلاقة العلاجية أيضاً . ومن هذه الزاوية ، يمكن اعتبار هذه السمات مؤشرات على نوعية التحالف العلاجي بين الطرفين . فلقد أظهرت الدراسات ، وبصورة ثابتة ، أن طبيعة علاقة العمل وقوتها ما بين المعالج والمريض تعد من العوامل ذات الدلالة ، والتي تسهم -ولو بشكل بسيط- في تحديد النتائج الإيجابية للعلاج (Beutler et al., 1994, 2004) .

رغم أنه ليس مطلوباً من المعالج أن يكون نموذجاً مثالياً في التكيف ، ولكن من غير المحتمل أن يكون المعالج الذي تغلب عليه المشكلات الانفعالية فعالاً بالقدر الذي يجب أن يكون عليه . ومن المهم للمعالج أن يدرك جوانب الضعف في حياته ؛ فالنزعة إلى الغضب ، أو القلق عند تناول موضوعات معينة ، أو التعامل مع أسئلة العميل بدفاعية أحياناً ، كلها دلائل تشير إلى وجود خطأ أو خلل ما . وباختصار ، فالوعي الذاتي يعد صفة مهمة لدى المعالج (I. B. Weiner, 1975) . فينبغي على المعالجين أن يكونوا قادرين على النظر إلى مرضاهم بموضوعية ، وإلا أصبحوا في وضع صعب بفعل دينامياتهم الشخصية . كما أن غرفة العلاج ليست مكاناً لإشباع حاجات المعالج العاطفية الخاصة (Bugental, 1964; Singer, 1965) .

وفي بعض الأحيان ، قد يجد المعالج ضرورةً لأن يخضع نفسه للعلاج الذاتي لحل مشكلاته الانفعالية . ولكن تحديد ما إذا كان ذلك العلاج يجعل المعالج أكثر فعالية أم لا ، مسألة فيها الكثير من الجدل . ولسوء الحظ ، فإن الدلائل المستمدة من الأبحاث (Beutler et al., 1994, 2004) هي أقل من أن تكون حاسمة . هذا الأمر ليس مفاجئاً عندما يضع المرء في اعتباره مدى تعقيد العملية العلاجية . وعلى أية حال ، لا يبدو ضرورياً أن يخضع جميع المعالجين للمعالجة كشرط يؤهلهم لممارسة العلاج النفسي .

الخبرة والانتماء المهني Experience & Professional Identification

تشير المقولة التقليدية إلى أنه كلما زادت خبرة المعالج النفسي ، زادت كفاءته مع مرضاه . ورغم أن هذه الفكرة تبدو جذابة ، إلا أن الجزء الأكبر من الأبحاث لم يدعم هذا الرأي (Beutler et al., 1994, 2004; M. L. Smith et al., 1980) . ولا يبدو أن هناك عدم اتساق في العلاقة ما بين خبرة المعالج والنتائج الإيجابية للعلاج فحسب ، بل إن عدداً من الدراسات يُشير إلى أن شبه المهنيين (Paraprofessionals) الذين يُدربون خصيصاً لممارسة العلاج النفسي ، تكون نتائج علاجهم مساوية لنتائج المعالجين التفسيريين المدربين ، هذا إن لم تتفوق عليها أحياناً (Berman & Norton, 1985; Durlak, 1981; Hattie, Sharpley, & Rogers, 1984; Weisz et al., 1987) . ويعتقد لامبرت وأوليس (Lambert & Ogles, 2004) بأن الحكم على هذه المسألة لم ينضج بعد ؛ لأن العديد من الدراسات التي أجريت حول هذا المجال -حتى اليوم- تعاني من الخلل . ومع ذلك ، فإن الدراسات المتوافرة تعد معقولة إلى حد ما (برغم ما يقوله ستاين ولامبرت Stein & Lambert 1995) . وينساءل لامبرت وأوليس (Lambert & Ogles, 2004) مثلنا عن سبب عدم ظهور دراسات تدعم تفوق الخبرة والتدريب المهني المختص .

هل تفرز بعض المهن معالجين أفضل من غيرهم؟ على مدى السنين ، ظهرت خلافات حول أفضل المهن التي تعد أفرادها للقيام بعلاج أفضل . وقد سعى الأطباء النفسيون مدةً طويلةً للحيلولة دون ممارسة المعالجين النفسيين للعلاج في غياب الإشراف الطبي النفسي . وغالباً ما كانت حججهم الرئيسية هي تفوقهم الطبي ، ولم تكن مبنيةً أبداً على نتائج أية أبحاث صلبة . وقد تحرر الأخصائيون النفسيون الإكلينيكيون من سيطرة الطب النفسي بالتدريج ، وأخذ العداء القديم بينهما يتلاشى ببطء ، وقلَّ الصراع حول الامتيازات أو الاحتكارات الخاصة بكل منهما . ومع لتوجه الحكومي لتغطية التكاليف الصحية ، وتوسيع مظلة التأمين الصحي لتشمل العلاج النفسي ، فقد أعادت المنافسة الاقتصادية هنا إحياء نزاعات الاحتكار السابقة مرة أخرى ، بين الطب النفسي وعلم النفس الإكلينيكي .

في الحقيقة ، لا يوجد أي دليل فعلي يدعم تبجح أي من المهن أو ادعائها بتفوق معالجيتها وتميزهم عن غيرهم (سواء كانوا أخصائيين نفسيين إكلينيكيين ، أو عاملين بالخدمة الاجتماعية للطب النفسي ، أو أطباء نفسيين ، أو محللين نفسيين) . وفي دراسة نشرت في مجلة "تقرير المستهلك" (Mental Health, 1995) ، فإن الأشخاص الذين قابلوا مختصاً بالصحة النفسية بدلاً من طبيب العائلة بخصوص مشكلاتهم النفسية ، أقرروا بتقدم أفضل ورضاً أكبر عن معالجتهم . على أية حال ، فقد تلقى المعالجون النفسيون والأطباء النفسيون والعاملين في الخدمة الاجتماعية جميعاً درجات رضا متساوية ومرتفعة من قبل المستهلكين . وهكذا ، لا يبدو أن المعلومات المتوافرة حتى اليوم تدعم تفوق أي من مهن الصحة النفسية على غيرها ، سواء من حيث التأثير ، أو من حيث رضا العميل .

إلى هنا نكون قد عايناً عدداً من المتغيرات الخاصة بالمرضى وبالمعالج ، والتي يفترض أنها ترتبط بنتائج العلاج النفسي بشكل عام . وكما لاحظنا أثناء النقاش ، فالعديد من هذه الافتراضات لم يدعم بنتائج أبحاث العلاج النفسي . ويبين الجدول 1-3 قائمةً بالافتراضات الشائعة حول نتائج العلاج النفسي ، وحاز بعضها مؤخراً على القليل من الدعم التجريبي ، فيما لم يحُز بعضها الآخر أي دعم .

سير التدخل العلاجي الإكلينيكي *Course of Clinical Intervention*

تتعدد أشكال التدخل بتعدد أنواع المشكلات . وبالتالي من المستحيل إعطاء وصف دقيق للإجراءات ، بحيث تكون متتابعة وموحدة وقابلة للتطبيق بشكل متساو على كل الحالات . على أية حال ، فقد يفيد هنا تقديم وصف عام لنمطٍ من التتابع الذي يمكن أن ينسحب على معظم أشكال المعالجات النفسية .

الاتصال الأولي Initial Contact

عندما يتصل العميل للمرة الأولى بالعبادة ، أو يدخل مكتب المعالج الإكلينيكي ، فهو لا يعرف غالباً ما الذي يتوقعه بالضبط . فقد يكون بعض العملاء قلقاً ، وبعضهم الآخر متشككاً . بعضهم

يجهل الفرق ما بين المعالجة الطبية والمعالجة النفسية ، بينما يشعر بعض آخر بالحرج أو بالعجز لطلبه المساعدة . ولعل أول ما ينبغي عمله إذن هو القيام بتوضيح طبيعة العيادة النفسية ونوعية المساعدة التي يتم تقديمها فيها ، وقد يكون لهذه الخطوة أثر مهم في موقف المريض ورغبته في التعاون . وسواء تصدى لهذا الاتصال الأولي معالج نفسي ، أو أخصائي بالخدمة الاجتماعية ، أو فني نفسي ، أو غيرهم من العاملين في هذا المجال ؛ فمن المهم أن تتم هذه الخطوة بكل مهارة وحساسية .

الجدول 11-3 الافتراضات الشائعة-والتي لا أساس لها من الصحة- المتعلقة بالعلاقة بين متغيرات المريض/المعالج ونتائج العلاج النفسي

| الافتراض | نتائج الأبحاث |
|--|---|
| 1 . المرضى الأكبر سنًا يحرزون أسوأ النتائج . | لم يدعم هذا الافتراض بقوة (Clarkin & Levy, 1980; Garfield, 1994; Smith et al., 2004) دعم مختلط (Garfield, 1994) |
| 2 . المرضى ذوي لدافعية العالية فقط هم الذين يحرزون نتائج جيدة . | بشكل عام ، يبدو أن الجنس البيولوجي لا يرتبط بالنتائج (Sue et al., 1994; Zane et al., 2004) |
| 3 . المرضى من النساء يحرزون نتائج أفضل . | لا يوجد ما يدعم هذا الافتراض (Sue et al., 1994; Zane et al., 2004) |
| 4 . المرضى من الأقليات العرقية يحرزون أسوأ النتائج دائماً . | ليست هناك علاقة بين الطبقة الاجتماعية ونتائج العلاج (Garfield, 1994) |
| 5 . يحرز المرضى من مستويات اقتصادية-اجتماعية عليا نتائج أفضل . | ليست هناك علاقة بين عمر المعالج ونتائج العلاج (Beutler et al., 1994, 2004) |
| 6 . المعالجون الأكبر سنًا يحرزون نتائج أفضل . | دعم مختلط (Beutler et al., 1994, 2004) |
| 7 . المعالجات الإناث يحرزن نتائج أفضل . | التأثير غير حاسم (Beutler et al., 1994, 2004) |
| 8 . التطابق العرقي بين المعالج والمريض يؤدي إلى نتائج أفضل . | النتائج مختلطة (Beutler et al., 1994, 2004) |
| 9 . المعالجون الذين أخضعوا أنفسهم للعلاج لذاتي يحرزون نتائج أفضل . | النتائج مختلطة (Beutler et al., 1994, 2004; Lambert & Ogles, 2004; M. L. Smith et al., 1980) |
| 10 . كلما زادت خبرة المعالج أدى ذلك إلى نتائج أفضل . | |

وما أن تتم مناقشة سبب مجيء المريض للعيادة ، حتى يتم البدء بالخطوة التالية ، والتي تتضمن مناقشة عدد من المسائل المحددة : فمن هم أفراد الفريق المعالج؟ وما هي مؤهلاتهم؟ ماذا عن الأتعاب؟ هل سيكون الاتصال سرياً ، وإن لم يكن كذلك ، فما هي الجهات التي يمكنها الحصول على هذه المعلومات؟ وإذا كانت هناك مضاعفات طبية ، فكيف سيتم التعامل معها في إطار العلاج النفسي؟ هل يبدو من المقبول أو الملائم مباشرة الإجراءات مع العميل ، أم أن تحويله إلى عيادة أخرى أو مختص آخر يبدو خياراً أفضل؟ ينبغي التعامل مع مثل هذه الأسئلة وغيرها منذ البداية .

التقييم Assessment

بمجرد الوصول إلى تفاهم يرجح احتمال استفادة العميل من استمرار تواصله مع العيادة ، يمكن ترتيب موعد لجلسة أو أكثر بهدف تقييم مشكلات العميل . وكما رأينا في فصول سابقة ، يمكن اتباع العديد من إجراءات التقييم تبعاً لمشكلة العميل ، والتوجه النظري للفريق المختص ، وعوامل أخرى . وعادةً ما يكون هناك مقابلة إدخال ، تهتم بشكل رئيسي بجمع معلومات حول تاريخ الحالة . أما المعلومات الأخرى ، فيمكن جمعها من خلال تطبيق الاختبارات النفسية . وأحياناً يتم اتخاذ التدابير اللازمة لمقابلة الزوج أو الزوجة ، أو بعض أفراد الأسرة ، أو الأصدقاء . هذا ، ويحبذ في بعض الحالات أن يُطلب من العميل تسجيل ملاحظاته عن نفسه : سلوكه أو أفكاره أو مشاعره ، وذلك بشكل منتظم وفي مواقف مختلفة .

وقد تكون استشارة أخصائيين آخرين أمراً مرغوباً بالنسبة لبعض العملاء ؛ إذ ربما يكون من الضروري متابعة أخصائي في علم النفس العصبي ، أو اتخاذ ترتيبات لإجراء فحص طبي بغرض استبعاد العوامل غير النفسية مثلاً . وقد يكون من الملائم استشارة عامل بالخدمة الاجتماعية أو مرشد مهني ، وذلك عندما تكون مشكلات العميل مرتبطة بأوضاع اقتصادية مثلاً ، أو ظروف عمل أو بطالة .

وبعد استكمال جمع المعلومات وتحليلها ، يتم دمجها بصورة أولية . وليس الهدف هنا القيام بتصنيف المريض ضمن تشخيص معين بسيط ، بل صياغة مشكلاته بصورة شاملة ومتكاملة في ضوء المعلومات النفسية والبيئية والطبية المتاحة . هذا التصور التمهيدي حول العميل ومشكلته ، كفيل بوضع الخطوط العريضة للخطة العلاجية التي ينبغي اتباعها . ومع استمرار عملية العلاج ، قد تحدث تغييرات في هذا التصور ؛ ونتيجةً لذلك ، ربما تتغير أهداف العلاج وطرقه . لذا فالتقييم عملية مستمرة ، لا تنتهي بانتهاء المقابلة الثانية أو الثالثة .

بعد إتمام جمع بيانات التقييم ، يمكن للمعالج والعميل البدء بمناقشة طبيعة المشكلة ، وما يمكن فعله حيالها بصورة منظمة . ويدعو بعض المعالجين النفسيين هذه المرحلة : فترة التفاوض حول أهداف العلاج . ويرى بعضهم أن العميل والمعالج يدخلان في "تعاقد" أو "تعهد" يلتزم فيه المعالج بالتخفيف من مشكلة العميل ، وذلك بأكثر الطرق الممكنة فعالية . ومن الطبيعي أن أحداً لا يمكنه الوعد بالشفاء التام ، أو بإيجاد حل مثالي لجميع المشكلات . أما الطرف الثاني وهو المريض ، فيقوم بدوره بسرد رغباته وأهدافه والإفصاح عما بداخله . وعليه ، فالعقد يشمل عدداً من المسائل ، من مثل أهداف العلاج ومدته وجدول اللقاءات والكلفة والنسق العام للعلاج ، ومسؤوليات العميل .

ومرة ثانية ، من المهم أن نتذكر أن هذه الجوانب المختلفة للعقد قد يصيبها التغيير أو التعديل مع مرور الوقت ، وعلى المعالج أن يتعامل مع العملاء وفق استعدادهم الراهن لتقبل الأمور . فالعميل القلق أو الدفاعي بصورة شديدة ، قد لا يقبل إلا بعدد محدود من الأهداف أو الإجراءات . ومع استمرار العلاج ، قد يصبح هذا العميل أكثر انفتاحاً وارتياحاً ، وأكثر قابلية لتقبل مجموعة أوسع من الأهداف . بعدها ، قد تطفو على السطح معلومات إضافية أخرى عن العميل ، فيصبح من الضروري القيام ببعض التعديلات على خطة العلاج . ومع اكتساب المرضى مزيداً من الثقة في العلاج ، فقد يرغب بعضهم بتوسيع مجال أهدافه العلاجية . ومن المهم هنا أن تتم مناقشة هذه الأهداف والطرق بكل حسافة وحساسية ومهارة . وعلى المعالج أن يحاول الأخذ بيد المريض وفق المدى الذي تسمح به استعداداته النفسية ؛ فالاستعجال في الأهداف العلاجية الكبيرة أو الحد منها ، قد يخيف بعض العملاء أو يؤدي إلى نفورهم . وعادةً ما يحبذ القيام بإجراءات العلاج بقدر كافٍ من البراعة والمهارة ؛ بحيث يشعر العميل بأنه هو الذي يضع أهداف العلاج ، وهو الذي يعدل فيها .

تنفيذ العلاج Implementing Treatment

بعد وضع الأهداف الأولية ، يقوم المعالج بتحديد نوع المعالجة . فقد يكون العلاج متركزاً حول العميل ، أو قد يكون علاجاً معرفياً أو سلوكياً أو تحليلياً . كما أن العلاج قد يكون محدداً ، يتعامل مع نوع معين من المخاوف المرضية ؛ أو قد يتضمن توجهاً أوسع يتناول شخصية العميل . وينبغي وصف كل هذه الأمور للعميل بدقة ، وفي إطار علاقتها بمشكلاته ، وبالمدة التي يستغرقها العلاج ، بل وربما بالصعوبات وعدد المحاولات المتوقعة . كما يجب أيضاً تحديد ما هو مطلوب من العميل بدقة : التداعي الحر ، الواجبات المنزلية ، مراقبة الذات ، أو غيرها . فإعلام العميل بهذه الأمور هو الأساس الذي يُبنى عليه أخذ الموافقة المسبقة على العلاج (Informed Consent) . ومثلما أن للمشاركين

في تجربة أو بحث معين الحق في معرفة ما سيحدث ، كذلك الأمر بالنسبة للمرضى ، فلهم الحق في معرفة ما سيحدث في العلاج النفسي . ويعرض التوضيح 11-2 صيغة عامة للمعلومات التي ينبغي للمرضى غير المقيمين في المستشفى معرفتها .

الانتهاء، التقييم، والمتابعة Termination, Evaluation, & Follow-up

من المؤمل بالتأكيد أن لا يستمر العميل في العلاج النفسي طوال حياته . فما أن يرى المعالج أن العميل قادر على تولي مشكلاته بنفسه ، عليه أن يبدأ بمناقشة إنهاء العلاج . أحياناً يكون الانتهاء من العلاج عملية تدريجية ، يتم فيها تقليص الجلسات ، كأن تصبح مثلاً مرة في الشهر بدلاً من مرة في الأسبوع . ومع البدء بعملية الانتهاء ، من المهم مناقشة هذه العملية بالتفصيل ، والتعامل مع مشاعر العميل واتجاهاته أيضاً . وأحياناً يقوم المريض بإنهاء العلاج بشكل مفاجئ ، وفي بعض الحالات يحدث ذلك قبل أن يرى المعالج أن هذا هو وقته المناسب . على أية حال ، من المهم إيجاد وقت لمناقشة العميل وتفهم مشاعره حول ترك ما يمثل العلاج من دعم أو مساندة - باختصار على الأقل - كلما كان ذلك ممكناً ، ومناقشة احتمال عودته لجلسات إضافية فيما بعد إذا دعت الحاجة لذلك . وفي أحيان أخرى يكون الانتهاء إجبارياً ، وذلك لاضطرار المعالج ترك العيادة (وعدم رغبة المريض في التحول إلى معالج آخر) ، مما قد يولد عدداً من ردود الفعل لدى المريض . ويجد العديد من المعالجين أن "جلسات تعزيز المناعة" أو تعزيز الروح المعنوية (booster sessions) التي تتم جدولتها لعدة أشهر بعد انتهاء العلاج - والتي ربما تمتد من 6 أشهر إلى سنة تالية - قد تكون مفيدة . وتستخدم هذه الجلسات التعزيزية لمراجعة تقدم المريض ، ولتسليط الضوء على المشكلات الجديدة أو المسائل التي برزت في هذه الفترة ، وترسيخ الفوائد والمكتسبات التي تم تحقيقها .

من المهم أن يتشارك المعالج والعميل بتقييم التقدم الذي وصل إليه ، كما ينبغي على المعالج أن يدمج بين البيانات ويقدم الملاحظات حول هذا التقدم ؛ وذلك لتقييم نوعية جهوده الخاصة أو خدمات المؤسسة ، والاستمرار في تحسين الخدمة المقدمة للعملاء . على أن أكثر البيانات ثباتاً بالطبع هي تلك التي تمدها بها مشاريع البحث الرسمية (والتي سيأتي شرحها في الجزء التالي) . وفي الواقع ، يدين المعالجون والمؤسسات الفردية في تقييمهم لنجاح جهودهم ، إلى أنفسهم وعملائهم على حد سواء .

المعلومات التي يحق للمريض معرفتها

قدم يوميرانتز وهاندلمان (Pomerantz & Handelsman, 2004) نموذجاً مقبولاً للمريض الجديد ، يوضح الأسئلة التي عليهم توجيهها لمعالجيهم النفسيين . وقد بيّنت بعض الأبحاث أن مثل هذه الأسئلة يمكن أن تعزز الانطباع الأولي للمريض عن معالجيه (Handelsman, 1990; Sullivan, Martin, & Handelsman, 1993; Wanger, Davis, & Handelsman, 1998).

المعلومات التي لك الحق في معرفتها

عندما تأتي طلباً للعلاج النفسي ، فأنت تقوم بشراء خدمة . وبالتالي فأنت بحاجة إلى معلومات لكي تتخذ قراراً سليماً . وفيما يلي بعض الأسئلة التي قد ترغب في أن تسألها . لقد تحدثنا عن بعض هذه الأسئلة ، ولك الحق لسأل المعالج أيّاً منها إذا ما شئت . وإن لم تفهم إجابات المعالج ، فاسأله مرة ثانية .

١٠ العلاج :

- 1 . ما اسم نوع العلاج الذي تستخدمه؟
- 2 . كيف تعلمت القيام بهذا العلاج؟ وأين؟
- 3 . كيف هو نوع العلاج الذي تستخدمه مقارنةً بغيره من الأنواع؟
- 4 . كيف يعمل هذا النوع من العلاج؟
- 5 . ما هي المخاطر التي يحتمل أن تصجم عنه؟ (كالطلاق أو الاكتئاب) .
- 6 . ما هي نسبة من يتحسن من المرضى؟ (في ضوء الأبحاث المنشورة مثلاً ، أو الخبرة الشخصية للمعالج ، أو نقاشاته مع زملائه) .
- 7 . ما هي نسبة من يسوء وضعهم من المرضى؟ وكيف تعرف ذلك؟
- 8 . ما هي نسبة من يتحسنون أو يسوء وضعهم دون هذا العلاج؟ وكيف تعرف ذلك؟
- 9 . كم تستغرق مدة العلاج؟
- 10 . ماذا عليّ أن أفعل إذا شعرت بأن العلاج لا يفيد؟
- 11 . هل عليّ القيام بأية اختبارات؟ وما نوعها؟
- 12 . هل تتبع دليلاً علاجياً بخطوات محددة مسبقاً؟
- 13 . هل تقوم بالعلاج عن طريق الهاتف أو الإنترنت؟

١١ البدائل :

- 1 . ما هي طرق العلاج أو المساعدة الأخرى الموجودة؟ (كجماعات الدعم) .
- 2 . ما هي مدة عملهم؟ وكيف تعرف ذلك؟
- 3 . ما هي احتمالات المخاطرة في تلك الطرق؟ وما هي مخاطر وفوائد عدم تلقي العلاج؟
- 4 . كيف تختلف طريقة علاجك عن هذه الطرق؟
- 5 . هل تصف الأدوية؟ أو تعمل مع آخرين يصفونها؟
- 6 . (إذا كنت أتناول دواءً) : هل ستعمل مع الطبيب الذي يصف لي الدواء؟ ما مدى معلوماتك عن الأدوية التي أتناولها؟

٧ المواعيد :

- 1 . كيف تتم جدولة المواعيد؟
- 2 . كم تستغرق الجلسة الواحدة؟ هل عليّ أن أدفع أكثر للجلسات الأطول؟
- 3 . كيف أتصل بك في حالة الطوارئ؟
- 4 . إذا لم تكن موجوداً ، فمن سيكون موجوداً لأحدثه؟
- 5 . ماذا سيحدث إذا كان الطقس سيئاً أو كنت مريضاً؟

٧ السرية :

- 1 . ما هو نوع السجلات التي تحتفظون بها؟ ومن يمكنه الوصول إليها؟ (كشركات التأمين أو المشرفين ... إلخ) .
- 2 . تحت أية ظروف يُسمح لك بإعلام الآخرين عما ناقشناه؟ (التهديد بالانتحار أو بالقتل ، الإساءة للأطفال ، قضايا المحاكم ، شركات التأمين ، المشرفين ... إلخ) .
- 3 . هل يمكن لأي من أفراد أسرتي أو جسامعتي أن يصل إلى هذه المعلومات؟
- 4 . كيف تؤثر التعليمات القانونية (كنقل البيانات إلى قاعدة البيانات الصحية الفدرالية ، أو تعليمات قانون المساواة) في تعاملك مع سجلاتي بسرية؟ وهنا ، هل تُعامل جميع المعلومات بنفس الطريقة؟

٧ الأتعاب :

- 1 . ما مقدار أتعابك؟
- 2 . ما هي طريقة الدفع؟ شهرياً أم مباشرة بعد كل جلسة ... إلخ؟
- 3 . هل عليّ أن أدفع للجلسات التي تفوتني؟
- 4 . هل عليّ أن أدفع للاتصالات الهاتفية أو الرسائل أو رسائل البريد الإلكتروني؟
- 5 . ما هي سياستك بشأن زيادة الأتعاب؟ (مثلاً ، كم مرة قمت بزيادتها في السنتين الماضيتين؟) .
- 6 . إذا ما فقدت مصدر دخلي ، فهل يمكن تخفيض الأتعاب التي سأدفعها؟
- 7 . إذا لم أقم بالدفع ، فهل ستقومون بملاحقتي قانونياً؟ تحت أية ظروف يتم ذلك؟

٧ التأمين / الإدارة الصحية :

- 1 . ما هو نوع وكمية المعلومات التي عليك إبلاغها لشركات التأمين عن جلساتنا؟ (التشخيص ، الأعراض ... إلخ) .
- 2 . ما هو مدى تأثير شركة التأمين على العلاج؟ (المدة ، الأهداف ، أو غيرها) .
- 3 . ماذا يحدث إذا ما غيرت شركة التأمين أو فقدت تأميني؟ أو إذا لم تعد تقبل تأميني؟
- 4 . ماذا لو اختلفت مع شركة التأمين حول العلاج الأفضل؟
- 5 . كيف سيختلف العلاج إذا ما اخترت الدفع من هون اللجوء إلى التأمين؟

٧ أمور عامة :

- 1 . ما هو مقدار تدريبك وخبرتك؟ هل تحمل رخصة؟ هل هناك مشرف يتابع عملك؟ هل تحمل شهادة من جهة ما؟
- 2 . هل أنت أخصائي نفسي؟ معالج نفسي؟ معالج أسري؟ مرشد؟ ما هي مهارات ومحددات شهادتك؟
- 3 . مع من عليّ أن أتحدث إذا كانت لديّ شكوى من العلاج ولم نستطع تخطيها معاً؟ (مثل : المشرف ، أو المركز الذي منح الشهادة للمعالج ... إلخ) .

وقد يعطيك المعالج بعض المعلومات المكتوبة ، والتي تتضمن : العقد ، عرض مسائل الخصوصية ، و/أو نموذج الموافقة المسبقة ، وربما يحدثك عن بعض أوجه عملكما معاً ، بما قد يجيب مسبقاً عن العديد من الأسئلة سالفة الذكر . ويمكنك أن تطلب منه أن يشرحها ، أو أن تسأله أية أسئلة أخرى لديك . هذا الأمر من شأنه أن يساعدك على اتخاذ القرار السليم . هذا ويمكنك الاحتفاظ بالمعلومات المكتوبة وقراءتها جيداً في المنزل . كما يمكنك مراجعتها مع المعالج من فترة لآخرى .

المصدر : مأخوذ من "الموافقة المسبقة : نموذج محدث للأسئلة" ، لكل من أ . م . بوميرانز و م . م . هاندليزمان ، مجلة علم النفس المهني : البحث والممارسة (Professional Psychology: Research and Practice (2004), 35, 201-205) .
ملاحظة : حقوق الطبع والنشر محفوظة للرابطة النفسية الأميركية . تم أخذ إذن النشر من الرابطة ، والرابطة غير مسؤولة عن مدى دقة الترجمة أعلاه .

مراحل التغيير Stages of Change

لقد أشار بروكاسكا وزملاؤه (مثل دراسته التي أجراها مع نوركروس (e.g. Prochaska & Norcross (2002) إلى أهمية إدراك مراحل التغيير بالنسبة للعميل ، بغض النظر عن المعالجة التي يتم تطبيقها . ويُنظر إلى العلاج من هذا المنظور كعملية تتضمن تقدماً من خلال مجموعة من المراحل :

- 1 . ما قبل العزم (Precontemplation) وهنا لا تكون لدى المريض نية في تغيير سلوكه في المستقبل القريب . وفي هذه المرحلة يأتي العميل إلى المعالج النفسي بسبب ما يواجهونه من ضغوط خارجية للذهاب إلى معالج نفسي (كضغوط الأسرة أو أوامر المحكمة) . ويقدر كل من بروسكا ونوركروس أن نسبة العملاء أو المرضى في هذه المرحلة تتراوح ما بين 50 إلى 60% .
- 2 . العزم (Contemplation) وفي هذه المرحلة يكون العميل واعياً بوجود مشكلة لديه ، إلا أنه لم يلزم نفسه بعد بمحاولة التغيير . وتقدر نسبة العملاء في هذه المرحلة من 30 إلى 40% .
- 3 . الاستعداد أو التحضير (Preparation) وهنا ينوي العميل أن يقوم بالتغيير في المستقبل القريب .

- 4 . العمل : (Action) وفي هذه المرحلة يقوم العميل بتغيير سلوكاته و/أو مشاعره و/أو بيئته اللاتكيفية . وتقدر النسبة هنا من 10 إلى 20% .
- 5 . الإدامة أو الاحتفاظ : (Maintenance) وفي هذه المرحلة يعمل العميل على منع حدوث الانتكاسات ، وعلى متابعة المكاسب التي تحققت في مرحلة العمل ، وزيادتها .
- 6 . الإنهاء : (Termination) وهنا يكون العميل قد أنهى التغيير اللازم ، ولم يعد الانتكاس يشكل تهديداً .

هذا التعريف بعملية التغيير مهم لسببين : فهو أولاً يوضح للمعالجين أن المرضى ليسوا جميعاً في وضع يكونون فيه مستعدين للالتزام بالقيام بتغييرات في حياتهم . وفي هذه الحالة ينبغي أن تتضمن أهداف العلاج إخضاع العميل لمراحل ما قبل العزم ، فالعزم ، فالاستعداد وصولاً إلى مرحلة العمل . وعند الوصول إلى مرحلة العمل ، يمكن تطبيق "العناصر الفعالة" في المعالجة ، وبهذا تكون أكثر تأثيراً . ثانياً ، لقد نوّه بروكاسكا ونوركروس (2002) إلى أنه ينبغي على المعالجين الإكلينيكين محاولة القيام بالتدخلات العلاجية التي تتوافق مع ، أو تنم ، العمليات المنبثقة عن المرحلة ، إذ أن لكل مرحلة عملياتها المميزة . فالمعالج الذي يتعامل مع عميل في مرحلة ما قبل العزم مثلاً ، عليه أن يحاول زيادة وعي العميل بسلوكه والمشكلات التي يسببها ، وتوضيح مزايا التغيير والفوائد المتوقعة من العلاج . وإذا نجحت هذه العملية ، يمكن الانتقال بالعميل من مرحلة ما قبل العزم إلى مرحلة العزم .

البحث في العلاج النفسي Psychotherapy Research

في هذا الجزء الأخير ، سنستعرض باختصار أساليب البحث في العلاج النفسي ، ونتائج عدد من الدراسات الأساسية التي بحثت في نتائج العلاج ، والتوجهات الحديثة في الأبحاث التي تدور حول العلاج النفسي . هذا ، ويمكن للقارئ المهتم أن يعود إلى كتب ومراجعات أكثر شمولاً في هذا المجال (مثل كتاب لامبرت 2004 Lambert) .

على مدى السنين ، بدا وكأن الاتجاه السائد في هذا المجال هو أن العلاج النفسي قد أفاد العديد من المرضى على الأرجح ، وأنه -على الأقل- لم يكن مؤذياً لأولئك الذين لم يفيدوا منه ، فلم القلق؟ لكن هذا لم يمنع بعضهم من القلق بالفعل مع مرور السنين . فقد لفت كل من كارترايت

(Cartwright, 1956)، وبيرجن (Bergin, 1971)، وهادلي وستروب (Hadley & Strupp, 1977) الانتباه إلى احتمال ظهور آثار تدهور لدى بعض المرضى الذين خضعوا للعلاج النفسي، وإلى أهمية دراسة نتائج العلاج النفسي تبعاً لذلك. ورغم عدم شيوع الاعتقاد بأن المرضى الذين يخضعون للعلاج هم عرضة للتدهور النفسي أكثر من الأفراد الذين لا يخضعون للعلاج، إلا أن العلاج يشكل خطراً بالنسبة لبعض الأفراد. ولقد قدر لامبرت وأوليس (Lambert & Ogles, 2004) حديثاً بأن 5 إلى 10% من الخاضعين للعلاج قد تتدهور حالتهم بالفعل، وربما يعزى ذلك إلى عوامل سوء تطبيق العلاج، أو الاتجاه السلبي من قبل المعالج أو العميل، أو عدم توافق العلاج المقدم مع مشكلة العميل.

لقد أثارت آراء أيزنك (Eysenck, 1952) جدلاً واسعاً حول هذا الموضوع، حيث قدم تقريراً يوضح فيه أن الأبحاث العلمية فشلت في دعم الادعاء القائل إن التعرض للعلاج النفسي في معالجة الاضطرابات العصائية أكثر فعالية من عدم التعرض للعلاج بناتاً (انظر التوضيح 11-3). واعتبر الباحثون أعماله هذه (Eysenck, 1965, 1966) بمثابة تحدٍ لهم. وعليه، لا تكمن أهمية ما جاء به أيزنك في صدق نتائجه (والتي شككت فيها الآراء في الواقع) بقدر ما تكمن في مهاجمته لذلك الاعتقاد الذاتي حول فعالية العلاج النفسي.

وكما ذكرنا سابقاً في هذا الفصل، لقد أصبحت الدلائل المتعلقة بفعالية العلاج النفسي الآن أكثر تشجيعاً وإيجابية، ولكن يبقى هنالك تيارٌ خفيٌ من الشك والارتياب (Dawes, 1994). ولكي نفهم طبيعة التغير العلاجي بشكل أفضل، علينا أن نأخذ بالاعتبار سائر المسائل المتعلقة بتصميم البحث وأساليبه، والنتائج التي توصلت إليها دراسات نتائج العلاج ودراسات المقارنة، والأبحاث التي تناولت عملية التغير نفسها.

مسائل حول البحث في العلاج النفسي Issues in Psychotherapy Research

لا يكفي أن تجمع 25 مريضاً يخضعون للعلاج بالتحليل النفسي، وتطبق عليهم اختبارات تقيس مستوى نكيفهم قبل العلاج وبعده، ثم تقرر أن هنالك تغيرات إيجابية ظهرت بعد ستة أشهر، ثم تستنتج من ذلك أن العلاج بالتحليل النفسي فعال. فهل يمكن لمجموعة مقارنة أخرى من المرضى أن تظهر تحسناً مماثلاً؟ وهل ستتحسن مجموعة أخرى مشابهة بالنسبة نفسها إذا ما خضعت للعلاج بتقليل الحساسية التدريجي؟ ثم هل كان التحسن نتيجةً لإجراءات العلاج بالتحليل

النفسي ، أم أن العامل الحاسم فيه هو وجود معالج يتمتع بالدفع والتفهم والإصغاء الجيد للمريض؟ إن مثل هذا النوع البسيط من تصميم البحث الوارد في المثال السابق ، لا يكفي للإجابة عن كل هذه الأسئلة المهمة .

وكما هو الحال في العديد من التجارب السيكلوجية (انظر الفصل 4) ، فإن الدراسات التي تبحث في فعالية العلاج النفسي توظف مجموعتين من المرضى عادةً : تجريبية وضابطة . حيث تتلقى المجموعة التجريبية أو مجموعة المعالجة (treatment group) العلاج موضوع البحث ، بينما لا تتلقاه المجموعة الضابطة (Control group) . وللمجموعة الضابطة عدة أشكال ، منها قوائم الانتظار (waiting list) ، حيث يتم تأجيل علاج المرضى حتى الانتهاء من القيام بالبحث أو الدراسة ، ومنها أيضاً مجموعة إبداء الاهتمام فقط (attention only) ، فيقابل المرضى المعالج النفسي ، ولكن من دون أن يقوم المعالج بأي معالجة فعلية . وتتم مطابقة المرضى في المجموعتين التجريبية والضابطة بقدر الإمكان - قبل بدء العلاج وقبل التوزيع العشوائي - ، وذلك وفق المتغيرات التي قد تكون ذات علاقة بنتيجة العلاج ؛ كالجنس ، العمر ، الوضع التشخيصي ، وشدة الأعراض . ويتم القيام بتقييم أداء المريض (patient functioning) (الأعراض المرضية) لجميع المشاركين في كلا المجموعتين ، التجريبية والضابطة ، بالطريقة نفسها . ويتم التقييم - على الأقل - عند بدء العلاج وعند انتهائه ، وربما بعد فترة من انتهائه أيضاً (كمتابعة) . ويسمح مثل هذا التصميم بالمقارنة بين المجموعتين عند انتهاء العلاج وبعده ، كما يقيّم مقدار التغيير - إن وجد - في كل مجموعة .

وفيما يلي مجموعة من الاعتبارات في مجال البحث ، والتي تساعد في إعطاء معنى وعمومية لنتائج البحث في دراسات نتائج العلاج :

- 1 . ما هي العينة؟ هل المرضى متطوعون للعلاج ، أم أنهم مجبرون عليه (كالمريض الذي جاء للعلاج الخاص رغباً به مقارنةً بالسجين المجبر على تلقيه)؟ هل المعالجون من ذوي الخبرة أم أنهم حديثو العهد بالعلاج؟ هل هم تحليليون أم سلوكيون؟ هل المرضى "مرضى حقيقيون" أم أنهم جاؤوا استجابةً لإعلان في جريدة يطلب متطوعين للمشاركة في دراسة مقارنة حول "علاج الخوف من الأفاعي" مثلاً ، مقابل مكافأة مالية؟ إن الإجابة عن مثل هذه الأسئلة وأخرى مشابهة ، ستحدد دون شك كيفية تفسير الباحثين لنتائج دراساتهم . فليست هنالك نتائج مطلقة ، إذ أن النتائج محدودة بالعينة وبظروف الدراسة .
- 2 . ما هي المتغيرات المتعلقة بالمريض ، والتي تم ضبطها والتحكم بها؟ لسوء الحظ ، لا يمكن توفير مجموعة ضابطة مطابقة تماماً لمجموعة المعالجة . وبأخذ هذا الأمر بالاعتبار ، فالسؤال هو : ما مدى ضبط الدراسة للعوامل الأخرى ذات العلاقة؟ فإذا لم تكن مجموعة المرضى

ضمن قائمة الانتظار أو مجموعة إبداء الاهتمام مطابقةً لمجموعة المعالجة ، فبماذا وكيف تختلف عنها؟ هل كانت الشكاوى التي أبدتها المرضى في المجموعتين متشابهة بشكل أساسي ، أم أن هنالك اختلافاً بينها؟ هل كانت المجموعة الضابطة مشابهة لمجموعة المعالجة من حيث العوامل الديموغرافية والشخصية والمعرفة بالعلاج النفسي وتوقع المساعدة؟

3. ما هي مقاييس نتائج العلاج (outcome measures) التي تم استخدامها؟ هل كانت متطابقة لكل من المرضى في المجموعتين ، أم تم تعديلها لتلائم الوضع الخاص للمريض (كالأهداف ، الآمال ، والتوقعات)؟ هل تم استخدام مقياس واحد لنتائج العلاج ، أم عدة مقاييس؟ هل كانت المقاييس غير تفاعلية أو غير واضحة ، أم أنها تعكس في طبيعتها أشياء غير التي يُفترض بها أن تقيسها؟ لسوء الحظ ، لا يوج إجماع حالياً حول أي من هذه المقاييس ينبغي استخدامه في دراسات العلاج النفسي ، مما يجعل المقارنة بين الدراسات أمراً أكثر صعوبة .

4. ما هي الطبيعة العامة للدراسة؟ يمكن تقييم تأثير العلاج بعدة وسائل ، ولقد ركزنا حتى الآن على الدراسات التجريبية . أما الطرق الأخرى فتتضمن : دراسة الحالة ، الاستقصاء الإكلينيكي ، الدراسات الارتباطية ، والدراسات التناظرية . ولكل من هذه الأنواع مواطن قوته وضعفه . فدراسة الحالة مثلاً يمكنها تقديم معلومات تفصيلية وافرة ، تشكل مصدراً مهماً للعديد من الافتراضات التي ربما تفوق الدراسات التجريبية أو دراسات المقارنة في قيمتها . إلا أن عينة دراسة الحالة تتكون من فرد واحد ؛ فما مدى التعميم الذي تسمح به دراسة مريض واحد ، مهما كانت هذه الدراسة متعمقة؟ أما بالنسبة لدراسات المقارنة ، فهي توفر إمكانية التحكم بالمتغيرات ذات العلاقة ، وتجنب المسائل الأخلاقية المترتبة على عدم وجود مجموعات معالجة ، والحصول على عدد أكبر من المرضى . لكن ما مدى قرب مثل هذه الدراسات من الواقع؟ نعود هنا إلى ما أشرنا إليه سابقاً ، فلكل طريقة مآخذها وإيجابياتها . وعلى الباحثين تحديد طريقة الدراسة وفق أهدافهم وما يسعون إلى تعلّمه ، ووفق الحدود التي يمكنهم السماح بها في دراستهم . ويبقى من المؤمل أن يقوم عدد من الباحثين البارعين باتباع طرق متنوعة ومبتكرة من البحث .

دراسات المقارنة Comparative Studies

لقد وصلت أبحاث العلاج النفسي إلى مستوى رفيع ومتقدم ، منذ ظهرت انتقادات أيزنك . فلم تعد الدراسات تكتفي بتقييم النتائج فحسب ، بل ترأّدت الدراسات التي تقوم بمقارنة فعالية

اثنين أو أكثر من أساليب العلاج ، وبشكل مستمر . على أية حال ، فقد ظهرت انتقادات تشكك في كفاءة وقوة بعض النماذج من حيث تصاميم البحث (كالسؤال حول ما إذا كان عدد المشاركين كافياً) ، ومن حيث قدرتها على التنبؤ بالفروق ما بين المعالجات المختلفة (Kazdin & Bass, 1989) .

دراسة جامعة تمبل The Temple University Study

قام سلون وزملاؤه (Sloan, Staples, Cristol, Yorkston, & Whipple, 1975a, 1975b) بإجراء دراسة مقارنة أساسية ، تم فيها إخضاع أكثر من 90 مريضاً عصابياً غير مقيم إلى (أ) علاج سلوكي ، أو (ب) علاج بالتحليل النفسي قصير الأمد ، أو (ج) حد أدنى من العلاج (أي البقاء في قائمة انتظار) . وقد تمت مطابقة المجموعات من حيث الجنس وشدة الأعراض ، وفيما عدا ذلك ، كان الاختيار عشوائياً . وقد قام بالعلاج ثلاثة من المعالجين السلوكيين وثلاثة من المحللين النفسيين ، وكلهم على مستوى عال من الخبرة والتدريب . وتضمنت المقاييس القبلية والبعدية تطبيق الاختبارات النفسية ، والمقاييس التي تقيس أعراضاً محددة (مقياس موجه للمحك العلاجي الفردي) ، والمقابلة المقننة ، والتقارير المعلوماتية (من أشخاص عرفوا المرضى بمعدل 12 عاماً) ، ومقاييس التقدير من قبل المعالج والمريض ومقدر آخر مستقل . وسيلاحظ القارئ بأن هذه الإجراءات تتفق مع عدد من التوصيات التي ذكرت في الجزء المتعلق بالمنهجية من هذا الفصل .

وقد تحسنت جميع المجموعات بعد أربعة أسابيع من تطبيق الاختبارات . إلا أن مجموعتي العلاج بالتحليل النفسي والعلاج السلوكي تحسنتا بشكل أفضل من مجموعة قائمة الانتظار . ولم يجد المقيم المستقل أي فارق في الأعراض (بعد التحسن) بين مجموعتي العلاج السلوكي والتحليل النفسي ، كما أن التقديرات العامة - كالتحسن في العمل أو في الوضع الاجتماعي - لم تفرق بالتمييز بين هاتين المجموعتين . وقد بينت تقديرات المقيم للنتائج العامة أن نسبة التحسن في مجموعتي العلاج السلوكي والتحليلي بلغت 80% ، بينما لم يتحسن من مجموعة الانتظار سوى 48% . وبالنسبة للتكيف العام ، فقد أبدى 93% من مجموعة العلاج السلوكي و77% من مجموعتي العلاج بالتحليل وقائمة الانتظار ، تحسناً في التكيف . ورغم التباين في المقارنة ما بين مجموعتي العلاج السلوكي والتحليلي تبعاً للمحككات المحددة ، كان هناك ميل طفيف لتفضيل العلاج السلوكي بشكل عام . وقد أبقى المشاركون على مستوى تحسنهم بعد عام من الدراسة ، ولم تكن هنالك أية آثار تدل على التدهور . ولكن من المهم ملاحظة وجود ميل لاستمرار التحسن لدى المرضى بشكل عام ، وأن المرضى في قائمة الانتظار لديهم الميل في أن يقتربوا من أو يصبحوا مثل أولئك المرضى في مجموعتي العلاج . وهذا قد يوحي بأن ما يفعله العلاج هو تسريع عملية التغيير - بدلاً من إحداث المزيد منه - مقارنة بالحالات التي لا تخضع للعلاج . وقد استطاع المحللون النفسيون تحقيق نتائج

أفضل لدى المرضى الأقل اضطراباً ، بينما لم تشكل درجة الاضطراب عند المريض فارقاً بالنسبة للمعالجين السلوكيين ، مما يوحي بأن العلاج السلوكي قد يتميز بتعدد الاستخدام بشكل أكبر من التحليل النفسي . ولعل ذلك يعود إلى أن التقنيات الموظفة في العلاج السلوكي تتسم بقدر أكبر من المرونة والانتقائية .

التحليل البعدي Meta-analyses

في عام 1977 ، نشر سميث وجلاس (Smith & Glass) مراجعةً لحوالي 400 دراسة حول نتائج العلاج النفسي . وقد اعتبروا أن الأدلة التي تشير إلى تأثير العلاج النفسي أدلةً مقنعة . وقد تميزت مراجعتهم هذه باستخدامها طريقة التحليل البعدي ؛ إذ قاما بتحليل جميع الدراسات العلاجية التي تعاملت على الأقل مع مجموعة علاجية واحدة وأخرى ضابطة أو مع مجموعتين علاجيتين ، ثم قاما بحساب معدل الفعالية في هذه الدراسات . وقد قاما في تحليلهما بتعريف حجم الأثر (effect size) على أنه الفرق في المتوسطات ما بين درجات المشاركين في مجموعتي المعالجة والضبط على المقاييس المتعلقة بالنتائج ، مقسومةً على الانحراف المعياري للمجموعة الضابطة .

ولقد أشرنا سابقاً إلى التحليل البعدي الذي قام به م . ل . سميث ورفاقه (M. L. Smith et al., 1980) ، والذي تضمن مسحاً لـ 475 دراسة شملت 25 ألف مريض ، عولجوا من قبل 78 معالجاً ، بمعدل 16 جلسة علاجية للمريض الواحد . وقد بينت مقارنة النتائج وجود حجم الأثر بمعدل 0.85 من الانحرافات المعيارية . وكما ذكرنا سابقاً ، فهذا يعني بأن "الشخص العادي الذي يتلقى العلاج النفسي يكون في النهاية أفضل من 80% من الأشخاص الذين لا يتلقون العلاج" (Smith et al., 1980, p. 87) . وعندما تم استخدام تعريف أضيق وأكثر تحديداً للعلاج ، وحذف "العلاج الإيهامي" (placebo therapy) و "الإرشاد غير المحدد" (undifferentiated counseling) من البيانات ، فقد زاد حجم الأثر من 0.85 إلى 0.93 من وحدة الانحراف المعياري . وهذا التصور قد يكون قياسياً في تقليل نسبة المرض أو الوفاة من 66% إلى 34%! ويعرض لنا الجدول 11-4 ملخصاً لنتائج سميث وزملائه حول عدد من أشكال العلاج النفسي الرئيسية .

ولقد تم تأييد الفائدة العامة لإجراءات التحليل البعدي من قبل عدد من الباحثين الذين أجروا معالجات عززت نتائج سميث وجلاس حول فعالية العلاج النفسي (e.g., Fiske, 1983; Landman, 1982; D. A. Shapiro, 1982; Dawes, 1982) . إلا أن دراسات التحليل البعدي لها مشكلاتها (Parloff, London, & Wolfe, 1986) . فهناك حالات إكلينيكية رئيسية (كالإدمان على

الكحول) لم يتم تمثيلها بشكل كافٍ ، بينما كان هنالك زيادة في تمثيل اضطرابات أخرى (كالخوف المرضية/ القوييا) . كما أن المعالجين يميلون إلى كونهم إكلينيكين مبتدئين أو مقيمين في الطب النفسي ، وغالباً ما كان العلاج النفسي يأخذ شكل التدخل السلوكي قصير الأمد . بالإضافة إلى ذلك ، هنالك من ينتقد أساليب التحليل البعدي ؛ إذ أبدى ويلسون وراثشمان (Wilson & Rachman, 1983) قلقاً حول نزوع الباحثين من مثل سميث وجلاس لتجميع الدراسات بصورة تعسفية في تكتل واحد ، على الرغم من تباينها في مستوى الجودة والمنهجية ، وذلك لغايات التحليل البعدي .

وبالموازنة بين هذه المعطيات ، يبدو أن التحليل البعدي ساهم في دعم فعالية العلاج النفسي ، إلا أن هذا لا يعني -بأية حال من الأحوال- أن التحليل البعدي قد حل جميع المشكلات في هذا المجال . وإذا كان هنالك أحد يعتقد بأن التحليل الإحصائي المعقد يمكنه أن يكون بديلاً فعلياً لتصميم البحث الدقيق والمحكم ، فعليه أن بتهياً لصدمة عنيفة . وقد وضع ويلسون وراثشمان (1983) هذا الأمر بقولهما : "إن الفشل في استيعاب المشكلات المتعلقة بالتحليل البعدي ، أمرٌ من شأنه أن يديم الانطباع الخاطئ بأن التقنيات الإحصائية تجعل من المعلومات قليلة الجودة أمراً مقبولاً ، والذي من شأنه أن يشوه بدوره عملية العلاج وتنتائجها" (ص . 54) .

دراسة العمليات Process Research

ركزنا حتى الآن على نتائج التدخلات العلاجية النفسية ، كما تحدثنا عن العديد من المتغيرات المتعلقة بالمرضى والمعالج ، والتي قد تؤثر في تلك النتائج . على أية حال ، فقد اهتم باحثون آخرون بالأحداث التي تظهر أثناء العلاج وفي إطار التفاعل بين المعالج والمريض ، والتي تسمى دراسة العمليات . ويعد الروجريون رواداً في هذا المجال ، وكثيراً ما أجروا دراسات تتعلق بهذا الموضوع ، كدراسة مقدار الحديث التلقائي الذي يوجهه المعالج إلى العميل أثناء جلسة علاجية ، أو أثر ما يقدمه المعالج من توضيحات أو عبارات مكررة حول مبادرة المريض بتولي مسؤولية التحسن في الجلسة العلاجية .

لقد انقسم الباحثون في مجال العلاج النفسي منذ مدة طويلة إلى معسكرين (Beutler, 1990) : أحدهما يهتم بدراسة العمليات ، والآخر يهتم بدراسة النتائج . وينتقد الباحثون من المعسكر الثاني منحي دراسة العمليات ؛ وذلك لفشلها في توضيح مدى ارتباط العمليات التي تتخلل العلاج ، بالنتائج ؛ وبالتالي فهم يعتبرونها غير جديرة بالاهتمام . وبالفعل ، يبدو أحياناً أن العمليات مفضلة في التنبؤ بنتائج العلاج .

الجدول 11-4 متوسط حجم الأثر والنسبة المصادفة له لأشكال منتقاة من التدخل
العلاجي النفسي

| النسبة المصادفة | حجم الأثر | نوع العلاج |
|-----------------|-----------|----------------------------------|
| %75 | 0.69 | التحليل النفسي |
| %73 | 0.62 | المتكيز حول العمل |
| %74 | 0.64 | الجشطلتي |
| %75 | 0.68 | العقلاني-الانفعالي |
| %99 | 2.38 | المعرفي دون العقلاني-الانفعالي |
| %85 | 1.05 | تقليل الحساسية التدريجي |
| %77 | 0.73 | تعديل السلوك |
| %87 | 1.13 | المعرفي-السلوكي |
| %61 | 0.28 | الإرشاد غير المحدد |
| %80 | 0.85 | جميع أشكال التدخل العلاجي النفسي |

* النسبة المصادفة (Percentile equivalent) تشير إلى نسبة أولئك الذين لم يتلقوا العلاج، والذين قدت نتائجهم عن أولئك الذين تلقوا العلاج النفسي قيد الاهتمام.

المصدر ((The Benefits of Psychotherapy, by M. L. Smith, G. V. Glass, and T. I. Miller (1980))

إلا أن الباحثين في مجال دراسة العمليات يشعرون بأنه يجب أن تكون هناك علاقة ما بين النتائج والعمليات التي تظهر خلال العلاج (Strupp, 1971) وأحد أساليب القيام بمثل هذه النوع من البحوث هو استخدام التصوير بالفيديو أو التسجيل الصوتي لجلسات علاجية حقيقية (Hill & Lambert, 2004) وقد بدأ هذا النوع من الأبحاث يُظهر علاقة جوهرية بين ما يحدث في العلاج والنتائج النهائية (Orlinsky, Rønnestad, & Willutzki, 2004) وإحدى أقوى الارتباطات التي وُجدت مثلاً، كانت ما بين العلاقة العلاجية (therapeutic bond) درجة الاهتمام والتواصل والصدق ما بين المعالج والعميل) ونتائج العلاج (Orlinsky et al., 2004)، وهذا الأمر يوضح أهمية العلاقة الإيجابية القوية والفاعلة في العلاج النفسي.

وهناك نتائج أخرى -متسقة مع ما سبق ذكره- تهتم بالعلاقة ما بين مؤشرات العملية العلاجية ونتائجها، والتي تتضمن ما يلي (Orlinsky et al., 2004):

■ هناك ارتباط إيجابي بين كفاءة المعالج والتزامه بتعاليد العلاج من جهة وأخلاقياته ، ونتائج العلاج من جهة أخرى .

■ هناك ارتباط إيجابي بين تفاعل المريض بالعمليات التي تنحلل الجلسة العلاجية وتفكيره بها وتعامله عاطفياً معها ، وبين نتائج العلاج .

■ بشكل عام ، ليس هنالك ارتباط بين استخدام المعالج للتوجيه أو النصيح وبين نتائج العلاج ؛ كما أن علاقة كل من الدعم والتشجيع بنتائج العلاج ، ليست متسقة أو ثابتة .

■ وكما قد يكون متوقعاً ، فهنالك ارتباط إيجابي بين درجة تعاون العملاء (مقابل مقاومتهم) ونتائج العلاج ، وكذلك الأمر بالنسبة لتعبيراتهم الانفعالية أثناء الجلسة العلاجية .

هذه النتائج تعطينا المزيد من الأدلة حول أي المكونات العلاجية يرتبط بالنتائج الإيجابية للعلاج . والمثير في هذا الموضوع هو اتساق النتائج التي تم التوصل إليها ، بغض النظر عن نوع العلاج النفسي المستخدم .

التوجهات الحالية Recent Trends

التركيز على الأبحاث العلاجية Focus of psychotherapy research

لم تعد التساؤلات حول فعالية العلاج النفسي أو تأثيره استراتيجيةً مجدية ، حتى أن النقاد سلموا بهذه المسألة . والتوجه الأفضل هنا هو البحث في : أي أنواع العلاج أكثر جدوى ، ومع أي نوع من المرضى ، وبأية أساليب؟ هذا ما جعل معظم الدراسات في الوقت الحالي ، تركز على فعالية أنواع محددة من العلاج مع أنواع معينة من المشكلات النفسية (Barlow, 1996; Nathan, 1998) . فبينما نرى چورتنرو چولان ودوبسون وجاكوبسون (Gortner, Gollan, Dobson, & Jacobson, 1998) مثلاً يقومون بدراسة المرضى الذين يعانون من الاكتئاب الأساسي (Major Depression) ، نجد ماكلين ، وزملاءه (McLean, Woody, Taylor, & Koch, 1998) يدرسون فعالية العلاج المعرفي- السلوكي مع حالات اضطراب الفزع (Panic Disorder) التي لا يرافقها اكتئاب أساسي . وكذلك نرى باحثين مثل كازدين وكراولي (Kazdin & Crowley, 1997) يقومون بدراسة تأثير المعالجة المعرفية على الأطفال المعادين للمجتمع (antisocial) ، ومن الأمثلة الأخرى أيضاً ، قيام كراسكي وزملائه (Craske, Rowe, Lewin, and Noriega-Dimitri, 1997) باختبار أي من مكونات العلاج المعرفي- السلوكي أكثر فعالية في علاج اضطراب الفزع المصحوب بالخوف المرضي من الأماكن المفتوحة (agoraphobia) (الاستكشاف الباطني مقابل التدريب على التنفس) .

إضافةً إلى ذلك ، فقد تزايد في الوقت الحالي عدد الدراسات التي تعمل على تقييم فعالية العلاج النفسي ، مقابل العلاج بالأدوية . وتزايد أهمية مثل هذه الدراسات مع التزايد الملحوظ في وصف الأدوية كعلاج للمشكلات النفسية من قبل الأطباء النفسيين وأطباء الأسرة ، إضافةً إلى عدم استعداد الأنظمة البيروقراطية في مؤسسات الرعاية الصحية على توفير المال اللازم لما يعتبرونه علاجاً نفسياً "لا منتهاياً" ، عدا عن الاهتمام المتنامي لدى الأخصائيين الإكلينيكين باستخدام وصف الأدوية (انظر الفصل الأول) . وعلى أية حال ، فإننا بحاجة إلى إجراء دراسات تقارن بدقة ما بين الأدوية والعلاج النفسي ، وكيف يمكن لهما أن يتفاعلا معاً (e.g., Elkin, Gibbons, Shea, & Shaw, 1996; Jacobson & Hollon, 1996; Klein, 1996; Thase & Jindal, 2004).

إرشادات عامة لممارسة العلاج Practice Guidelines

تتزايد مسؤولية الأخصائيين النفسيين في مجال تقديم الخدمات النفسية يوماً بعد يوم ، إلا أن شركات التأمين ومؤسسات الرعاية الصحية ، لم تعد تطلق العنان لهم في اختيار المعالجة المستخدمة والمدة الزمنية اللازم لتطبيقها . لذا نشطت المؤسسات المهنية الفعالة ، في تطوير إرشادات عامة لممارسة العلاج النفسي (Nathan, 1998) . وتوصي هذه الإرشادات باستخدام أشكال معينة من التدخل العلاجي مع أنواع معينة من المشكلات أو الاضطرابات النفسية ، وفي ذهنها هدف عام واحد ، هو "تحديد الأساليب والإجراءات بشكل تفصيلي ، لضمان فعالية المعالجة لكل اضطراب على حدة" (Nathan & Gorman, 1998, p. 12) .

وكمثال لتوضيح هذا الاتجاه ، قامت شعبة علم النفس الإكلينيكي التابعة للجمعية النفسية الأميركية (APA) عام 1995 بنشر قائمة بالمعالجات المثبتة تجريبياً (Empirically Validated Treatments-EVTs) والصادرة عن عن الهيئة المكلفة بتعميم الإجراءات النفسية ونشرها (Task Force on Promoting & Dissemination of Psychological Procedures, 1995) . فقد قامت هذه الهيئة باستخدام محك معياري لوضع قوائم للمعالجات محدّدة البناء ، والمعالجات الفعالة في علاج عدد من المشكلات النفسية (Chambless et al., 1998; Chambless & Ollendick, 2001) . ويوضح لنا الجدول 11-5 بعض الأمثلة على بعض المعالجات محدّدة البناء في قائمة المعالجات المثبتة تجريبياً (والتي تسمى الآن بالمعالجات المدعّمة تجريبياً (Emperically Supported Treatments (ESTs) لأنواع مختلفة من الحالات (Chambless & Ollendick, 2001) وسنناقش عدداً من هذه الأشكال العلاجية في فصول لاحقة .

من المهم أن نلاحظ أن هذه القوائم لم تَسَلَم من الجدل والخلاف (Chambless & Ollendick, 2001)، فقد اعتقد چارفيلد (Garfield, 1996) مثلاً بأن : (أ) هذه القوائم سابقة لأوانها ، وبحاجة إلى الكثير من البحث قبل نشرها ، (ب) كما أن مصطلح "مثبتة تجريبياً" (Empirically Validated) مصطلح مضلل ، إذ يعني ضمناً أن بقية المعالجات ليست ذات جدوى ، أو أنها ضارة ، (ج) ثم إنها تفتقر إلى الصدق الخارجي ، لأنها لا تمثل العلاج النفسي كما يُمارَس فعلياً خارج مختبر الدراسة . وأخيراً (د) فإن التنظيم الصارم لها يتجاهل أهمية الدور الذي يمكن أن تلعبه متغيرات المعالج والمريض في نتائج العلاج (مما يعني افتراض وجود "مقاس موحد للجميع") ، مما يقلل من شأن الأدلة التي تقول بعدم تفوق أيٍّ من أشكال العلاج على غيرها .

وقد كان لا انتقادات چارفيلد (1996) صدىً كبيراً في ميدان العلاج النفسي ؛ فقد استجاب له العديد من الأخصائيين النفسيين الإكلينيكين ، بينما اعترض عليه آخرون مثل بارلو (Barlow, 1996) وكامبليس (Chambless, 1996) فمنهم من رأى أن نشر هذه القوائم لم يكن سابقاً لأوانه ، وأشاروا أولاً إلى أن فعالية المعالجات الواردة في القوائم كانت مدعومة بشكل جيد . وأضافوا أنه على الرغم من أهمية إجراء المزيد من البحوث لتعديل هذه القوائم على نحو أفضل ، إلا أن تأجيل نشرها قد يضع التدخلات العلاجية في خطر ؛ وذلك لأن المؤسسات المهنية الأخرى (كالطب النفسي) قامت من جهتها بنشر إرشاداتها الخاصة بممارسة المهنة (Barlow, 1996) . ثانياً ، لقد اتفق العديدون مع چارفيلد على أن مصطلح "المدعمة تجريبياً" قد يصف هذه المعالجات بصورة أفضل من مصطلح "المثبتة تجريبياً" ، ولقد تم تبنيه فعلاً فيما بعد . ثالثاً ، لم تتم دراسة فعالية "العلاج الاعتيادي" وتأثيره بصورة كافية (Barlow, 1996) وعلى أية حال ، فإننا نعلم أن المرضى الذين يتلقون إحدى المعالجات وفق القوائم المدعومة تجريبياً (ESTs) يقومون بوظائفهم - في المتوسط - بشكل أفضل من المرضى في المجموعات الضابطة . وأخيراً ، بالرغم من أن آراء چارفيلد (1996) بشأن أهمية متغيرات المعالج والمريض في النتائج الإكلينيكية تبدو بديهية ، وينبغي اعتبارها كفرضية فاعلة ؛ إلا أنه لا توجد حقائق تجريبية مثبتة في هذا الشأن (Barlow, 1996; Chambless, 1996) .

| |
|---|
| <p>مشكلات القلق والضغط النفسي Anxiety & Stress Problems</p> <p>العلاج المعرفي السلوكي لاضطرابات انزعاج (مع المخاوف من الأماكن العامة ، أو من دونها) .</p> <p>العلاج المعرفي السلوكي لاضطرابات القلق العامة .</p> <p>العلاج بالتعريض في علاج الخوف من الأماكن العامة .</p> <p>العلاج بالتعريض / الموجه (Exposure/guided Mastery) للمخاوف المحددة .</p> <p>العلاج بالتعريض وامتداد الاستجابة لاضطراب الوسواس القهري .</p> <p>التدريب على التحصين ضد الضغوط (stress inoculation training) لتدبير الضغوط النفسية .</p> |
| <p>الاكتئاب Depression</p> <p>العلاج السلوكي للاكتئاب .</p> <p>العلاج المعرفي للاكتئاب .</p> <p>العلاج اليبس - شخصي للاكتئاب .</p> |
| <p>المشكلات الصحية Health Problems</p> <p>العلاج السلوكي للمصداع .</p> <p>العلاج المعرفي السلوكي متعدد العناصر ، للألم المرتبط بالروماتيزم .</p> <p>العلاج المعرفي السلوكي متعدد العناصر مع الوقاية من الانتكاس ، في الإقلاع عن التدخين .</p> <p>العلاج المعرفي السلوكي للمشاهدة .</p> |
| <p>مشكلات الطفولة Childhood Problems</p> <p>تعديل السلوك للنبول اللاإرادي .</p> <p>برامج تدريب الوالدين للأطفال ذوي سلوك العصيان أو المقاومة (Oppositional behavior)</p> |
| <p>مشكلات الزواج Marital Problems</p> <p>العلاج الزوجي السلوكي .</p> |
| <p>مأخوذ من كامبل و أولينديك (Chambless & Ollendick, 2001)</p> |

إحدى القضايا الساخنة والمثيرة للجدل -والتي تتعلق بموضوعنا- تدور حول ما إذا كان ينبغي استخدام المعالجات القائمة على دليل علاجي (manual-based treatments) في الممارسة الإكلينيكية، أم لا. وقد طُورت فكرة الدليل العلاجي ابتداءً من قبل الباحثين الإكلينيكين للتأكد من أن طريقة العلاج مقننة على مختلف المرضى، إلا أنها استُخدمت في الممارسة الإكلينيكية، خارج نطاق البحث. وقد انتقد البعض المعالجات المبنية على الدليل، على اعتبار أنها تضعف الحكم الإكلينيكي للمعالج، وأنها غير ملائمة للمرضى الذين يعانون من عدة مشكلات (حالات مترزامة) (comorbid conditions)، وأنها تتجاهل تأثير المعالج على نتائج العلاج (Davison & Lazarus, 1996; Wilson, 1998).

وفي تناوله لهذه الانتقادات وغيرها، يشير ولسون (Wilson, 1998) إلى أن المعالجة القائمة على الدليل لها فوائد عملية إكلينيكية، تفوق كثيراً تلك الفوائد الإكلينيكية التي تُنسب إليها. إذ تنظر أدبيات الاختبار النفسي والحكم الإكلينيكي إلى الحكم والتنبؤ الإكلينيكي على أنهما محدودان، وأنه يغلب أن يتفوق عليهما ما يتم التوصل إليه من نتائج باستخدام المعالجات المقننة والمدعمة تجريبياً؛ والتي تصف للمعالج ماهية أساليب التدخل العلاجي للمشكلة الراهنة، وتسمح له باختيار الأسلوب الأنسب منها. ثانياً، لا توجد بيانات تدعم الافتراض القائل إن المعالجات المبنية على الدليل العلاجي أقل شأنًا من المعالجات المعتادة فيما يتعلق بالمشكلات النفسية المترزامة (Wilson, 1998) وفي الحقيقة، يمكن استخدام المعالجات المبنية على الدليل مع المشكلات المترزامة بشكل متتابع أو مترزامن. ويزعم ولسون (1998) ثالثاً، أن المعالجات المبنية على الدليل تشجع بالفعل على الابتكار والتحديث الإكلينيكي؛ وذلك لأنها تساعد في التعرف على المرضى الذين لا يبدو أنهم يستجيبون إلى معالجات "الخيار الأول"، وبالتالي يصبح من الممكن والضروري تعديل النظم الكفيلة بمعالجة هؤلاء الأفراد بنجاح. وأخيراً، يشير ولسون (1998) إلى أن المعالجات المبنية على الدليل العلاجي -كغيرها من المعالجات-، نحتاج إلى مهارة إكلينيكية وتحالف علاجي إيجابي. كما يرى أن المعالجات القائمة على الدليل العلاجي بحاجة لأن تصبح "صديقة للمعالج"، ويقترح وضع مزيد من الإرشادات العامة للممارسة، ومن النقاش حول المشكلات الشائعة التي تواجه العلاج أثناء التطبيق.

ونود أن نوضح بعض الإيجابيات الإضافية لاستخدام المعالجة المبنية على الدليل العلاجي: فهذا الشكل من المعالجات أكثر تركيزاً، وعادةً ما يسمح بقدر أكبر من مشاركة المريض وتفاعله، كما أنه سهل التعليم والإشراف والمراقبة (Wilson, 1996). وأخيراً، فإن الإكلينيكين الذين يُتقنون

استخدام هذا النوع من المعالجات سيكونون أكثر جاذبيةً بالنسبة لمؤسسات الرعاية الصحية ؛ إذ يُنظر لهذه المعالجات على أنها فعالة ومؤثرة (Marques, 1998; Strosahl, 1998) وهذا ما حدا بماركيز (Marques, 1998) للتنبؤ بأن الإكلينيكين سيحتاجون إلى استخدام هذا النوع من المعالجات القائمة على الدليل ما إذا أرادوا الحفاظ على مكانتهم لدى مؤسسات إدارة الرعاية الصحية . ولكل هذه الأسباب ، من المهم أن يتلقى المدربون في علم النفس الإكلينيكي تدريباً على المعالجات القائمة على الدليل العلاجي ، والمدعمة تجريبياً (Cahoun, Moras, Pilkonis, & Rehm, 1998). ويبين الجدول 11-6 مجموعة أولية من الإرشادات العامة للتدريب على هذه المعالجات .

الجدول 11-6: إرشادات عامة للتدريب على المعالجات المدعمة تجريبياً (ESTs)

- 1 . أن يتضمن برنامج التدريب مشاهدة أشرطة فيديو توضح القيام بالإجراءات الرئيسية للمعالجات المدعمة تجريبياً .
- 2 . الاعتماد في الإشراف على التسجيلات السمعية أو أشرطة الفيديو لجلسات العلاج ، بدلاً من التقارير الذاتية للمدربين .
- 3 . استخدام مقاييس للتقيد بالمعالجة ، تم تطويرها لأغراض التقييم المنظم والمتكرر ، لتقدم كل متدرب على حدة ، من حيث استخدامه للمعالجات المدعمة تجريبياً .
- 4 . يُعدّ استخدام المواد التدريبية التي توضح الأخطاء الشائعة في تطبيق المعالجات المدعمة تجريبياً ، من الأمور الفعالة المساعدة في التعلم .
- 5 . قد يكون الإشراف الجماعي باستخدام التسجيلات الصوتية للجلسات ، أكثر ملاءمةً من الإشراف الفردي من حيث معدل التعليم .
- 6 . على المدرب أن يتوقع الإشراف على 3 أو 4 حالات نموذجية على الأقل للمعالجات المدعمة تجريبياً ، و4 حالات غير نموذجية على الأقل ، وذلك لتطوير المهارة الملائمة اللازمة للقيام بالمعالجات .
- 7 . على المدرب أن يؤكد على أهمية التقييم المستمر فيما يتعلق باستجابات المريض للمعالجات المدعمة تجريبياً .

مأخوذ من : K. S., Moras, K., Pilkonis, P. A., & Rehm, L. P., (1998). Empirically Supported Treatments: Implications for training, *Journal of Counseling & Clinical Psychology*, 66, 151-162).

يعلم الكثيرون أن فعالية العلاج النفسي مثبتة ، ولكن الأدلة التي تشير إلى فعالية شكل واحد من أشكال العلاج وتميزه في علاج جميع أنواع المشكلات النفسية ، ليست سوى أدلة بسيطة ومتواضعة . ويبدو أن الاستنتاجات التي توصل إليها ج . د . فرانك (J.D. Frank, 1979) حول العلاج النفسي منذ عدة عقود ، ما تزال تصف النمط السائد من التفكير في الوقت الحاضر :

- 1 . جميع أشكال العلاج النفسي تقريباً أكثر فعاليةً من أيّ أشكال المساعدة غير المخطط لها ، أو غير الرسمية .
- 2 . لم يثبت أن شكلاً معيناً من أشكال العلاج أفضل من غيره في معالجة جميع الحالات .
- 3 . يميل المرضى الذين أظهروا تحسناً أولاً إلى المحافظة على هذا التحسن .
- 4 . قد تكون صفات العميل والمعالج ، والتفاعل بينهما ، مهمةٌ بقدر أهمية التقنية العلاجية المستخدمة ، إن لم تكن أكثر أهميةً منها .

ولعل هذه النقطة الأخيرة تستحق التوضيح ؛ فهي تدعو ميدان العلاج النفسي إلى الالتفات إلى تلك العناصر المشتركة ما بين جميع أشكال العلاج النفسي ، وإلى سمات المرضى والمعالجين التي يبدو أنها تؤثر على نتائج العلاج ، مع أخذ فعالية الأشكال المختلفة في العلاج بعين الاعتبار . وتيلش (Telch, 1981) أحد أولئك الذين يرون أنه كلما كانت تقنية العلاج المستخدمة قوية وفعالة ، قلت أهمية صفات المعالج أو العميل . وينوء تيلش مثلاً إلى أن الأدلة تبين - بقوة - فعالية العلاج بتقليل الحساسية مع المرضى الذين يعانون من المخاوف المرضية (الرهاب أو الفوبيا) . أما في حالة الأفراد الذين يواجهون صعوبة في استخدام الخيال العقلي ، فقد ثبت عدم فعالية العلاج بتقليل الحساسية ، وقد تكون النمذجة هي الأسلوب الذي ينبغي اختياره هنا . كذلك يعتقد لازارس (Lazarus, 1980) بأن هناك معالجات معينة ينبغي استخدامها في علاج مشكلات محددة . ويشير في الوقت نفسه إلى أن هنالك عدداً من العوامل غير المحددة التي تلعب دوراً مهماً في التحسن . فبغض النظر عما إذا كان المعالج يستخدم تقليل الحساسية أو النمذجة أو الاستبصار مثلاً ، فالنتيجة قد تكون زيادة في إحساس المريض بالفعالية الذاتية (self-efficacy) ، الأمر الذي يعزز عملية التغيير .

ربما يكون الأسلوب الأكثر ضماناً وجدوى هو العمل على محورين ؛ أي أن يتم تصميم الأبحاث بحرص بحيث تساعدنا على التنبؤ بأكثر أشكال العلاج ملائمةً في حل مشكلة معينة . وينبغي أن يستمر تحديث قوائم المعالجات المدعومة تجريبياً ، وجعلها أكثر شمولاً . وفي الوقت نفسه ، يجب تكريس الجهود الرامية إلى البحث في العوامل المشتركة بين المعالجين وأساليب عملهم . ويمكن

للأبحاث أن تركز كذلك على آثار المطابقة بين المرضى والمعالجين من حيث الخصائص ذات الصلة بموضوع العلاج . على أية حال ، يبدو في التحليل النهائي أن كفاءة المعالج قد تكون العامل الأكثر حسماً من عامل المطابقة بين المعالجين والمرضى ، وفقاً للعرق أو الطبقة الاجتماعية أو الجنس .

إن العلاج النفسي عملية تتم على فترات متباعدة ، فقد تتم من أسبوع لآخر مثلاً ، وبالتالي فهي تشكل جزءاً بسيطاً مما يجري في حياة المريض . وقد تكون الخبرات الأخرى المتزامنة مع العلاج مهمة بقدر أهمية العلاج في تحديد مدى حدوث التحسن أو عدم حدوثه . كما أن ما يتم أثناء العلاج قد يتفاعل مع تلك الخبرات بطرق معقدة ؛ إذ قد يبدأ بعض المرضى بالتصرف بطريقة قد تعزز التغيير الناجم عن العلاج ، أو تقاوم مثل هذا التغيير . كما أن التغييرات التي تحدث للعميل قد تهدد أفراد أسرته ، مما يجعلهم يسعون بصمت لإعاقة العلاج بشكل متعمد . وبما لا شك فيه أن عملية العلاج بمختلف جوانبها عملية شديدة التعقيد والتداخل ، مما يجعل من الصعب على الأبحاث تحديد أي من العوامل العلاجية يرتبط أكثر بتغير المريض أو عدم تغيره (J. D Frank, 1982) .

وربما يكون أكثر المحددات واقعية هو ذلك الاتهام الذي وجهه بارلو (Barlow, 1981) إلى العديد من علماء النفس الإكلينيكين ؛ بأنهم - بكل بساطة - لا يولون انتباهاً للبحوث المتعلقة بنتائج العلاج ، وإنما يستمرون في القيام بما يقومون به عادة ، دون أن يدركوا صعوبة الوصول إلى استنتاجات صادقة من خبراتهم في المعالجات الفردية (Kazdin, 1981) . وقد ناقش بيرسونز (Persons, 1995) كيف أن العجز في التدريب ، والإحساس بعدم القدرة على الوصول إلى المصادر ، قد أدت بالإكلينيكين لتأخير تبنيهم للتقنيات المدعومة تجريبياً . وقد صاغها كامبل ورفاقه (Chambless et al., 1996) بأفضل صورة :

إن علم النفس علم (Psychology is a science) ، وفي سعيه لمساعدة من هم بحاجة للمساعدة ، فإن علم النفس الإكلينيكي يستمد قوته وتميزه من أخلاقيات الإثبات العلمي . ومهما كان الأمر الذي تمليه التدخلات العلاجية - سواء التصوفية ، السلطوية ، الدعائية ، السياسية ، الطقوسية ، الوسيلية ، أو اللاأبالية - ، فإن علماء النفس الإكلينيكين يركزون في جميع الأحوال على الناجع والفعال منها . فهم الذين يحملون المسؤولية الأخلاقية الأساسية في استخدامهم للتدخلات العلاجية التي تؤدي المطلوب منها ، وكذلك في إخضاعهم التدخل العلاجي الذي يستخدمونه للفحص العلمي الدقيق .

يجب على علماء النفس الإكلينيكين أن يتعلموا المزيد حول تفاصيل فعالية أنواع العلاج المختلفة وتأثيرها ، وأن يتمكنوا من تطبيق هذه المعلومات بشكل روتيني . فالالتزام الأخلاقي والعلمي يلزمهم بذلك .

يستخدم علماء النفس الإكلينيكيون التدخلات العلاجية النفسية لإحداث التغيير في سلوكيات الشخص أو أفكاره أو مشاعره . والعلاج النفسي هو أحد أشكال التدخل العلاجي ، تتم ممارسته في إطار مهني يهدف إلى حل المشكلات النفسية ، أو تحسين مستوى التدبر وأداء الفرد لوظائفه ، أو الرقابة من المشكلات المستقبلية ، أو زيادة الشعور بالرضا في الحياة . وتبين الأدلة أن العلاج النفسي يتسم بالفعالية ، خصوصاً في معالجة أنواع معينة من المشكلات النفسية . إلا أنه ليس هنالك شكل واحد من أشكال العلاج النفسي أو التدخل العلاجي يعتبر بحد ذاته صالحاً لحل جميع المشكلات ، وبالمستوى نفسه .

إلا أن هنالك صفات أو أوجهاً محددة مشتركة بين جميع أشكال العلاج النفسي ، منها : دور المعالج الخبير ، العلاقة العلاجية أو التحالف العلاجي ، بناء الكفاءة ، تفريغ القلق أو التوتر ، وتوقع التغيير . ورغم وجود صفات محددة لكل من العميل والمعالج ، والتي قد تؤثر في النتائج ، إلا أن مثل العلاقة بينهما تبدو معقدة ومتعددة الأبعاد . والمثير في الأمر أن الأبحاث لم تدعم تلك الاعتقادات السائدة حول العلاقة بين صفات المعالج والمريض من جهة ، ونتائج العلاج من جهة أخرى .

وتهدف بحوث العلاج النفسي إلى تقييم فعالية بعض التدخلات العلاجية مع فئات معينة من المرضى ، وماهية العوامل التي يبدو أنها مرتبطة بالتغيير ، وكيفية إحداث مثل هذا التغيير . وتبحث الدراسات الحديثة فيما إذا كان هناك علاج محدد يفيد المرضى الذين يعانون من مشكلات نفسية محددة (كـ بعض التشخيصات المحددة في الدليل التشخيصي الرابع (DSM-IV) إضافةً إلى ذلك ، بدأ علماء النفس الإكلينيكيون بالتعمق في دراسة الفوائد المتعلقة بالعلاج النفسي مقابل المعالجة بالأدوية في التعامل مع حالات معينة ، وكذلك في دراسة العلاجات النفسية/الدوائية المشتركة . وأخيراً ، فقد ساعدت الأبحاث على وضع إرشادات عامة ، تتعلق بممارسة العلاجات المدعمة تجريبياً . ومن الأرجح أن يتجه علماء النفس الإكلينيكيون مستقبلاً نحو العلاجات التي تقوم على الدليل العلاجي بشكل أكبر .

- المجموعة الضابطة/إيداء الاهتمام (attention only control group): مجموعة ضابطة يقابل أفرادها الأخصائي الإكلينيكي بشكل دوري، إلا أنهم لا يتلقون معالجة "فعالة".
- التفريغ الانفعالي (Catharsis): تحرير الانفعالات.
- العوامل المشتركة (common factors): مجموعة من السمات التي تميز العديد من التوجهات النظرية في العلاج النفسي، والتي قد تكون مصدراً للتغييرات الإيجابية الناجمة عن المعالجة النفسية.
- المجموعة الضابطة (control group): في أبحاث العلاج النفسي؛ هي المجموعة التي لا تتلقى المعالجة قيد الدراسة.
- عمق المشكلة (depth of a problem): قابلية الحالة أو السلوك للتغيير (كلما كانت المشكلة "أعمق"، كانت أقل قابلية للتغيير).
- حجم الأثر (effect size): حجم أثر المعالجة (المحدد إحصائياً).
- دراسات التأثير (effectiveness study): الدراسات التي تركز على الصديق الخارجي، وعلى مدى تمثيل المعالجة قيد التطبيق. وتعد المعالجة مؤثرة بمدى إقرار العملاء بالإفادة منها بشكل دالّ إكلينيكيًا.
- دراسات الفعالية (efficacy studies): الدراسات التي تركز اهتمامها على الصديق الداخلي، وذلك من خلال التحكم بأنواع المرضى المشاركين في الدراسة، وتقنين المعالجات، وتوزيع المرضى عشوائياً على المجموعات الخاضعة للمعالجة أو غير الخاضعة لها. وتعد المعالجة فعالة بالمدى الذي يتبين فيه أن الشخص العادي الذي تلقى المعالجة في التجربة الإكلينيكية أظهر خلافاً وظيفياً أقل من الشخص العادي الذي لم يتلق أية معالجة (مثل الأفراد على قائمة الانتظار).
- المعالجات المدعومة تجريبياً (empirically supported treatments-ESTs): معالجات إكلينيكية ثبت تجريبياً أنها "معدّة بشكل جيد" أو "فعالة على الأرجح"، في معالجة بعض الحالات الإكلينيكية. وهناك قائمة من المعالجات المدعومة تجريبياً، يتم تجديدها ومراجعتها ونشرها دورياً، من قبل شعبة علم النفس الإكلينيكي التابعة للرابطة النفسية الأميركية (APA).
- دور الخبير (expert role): إظهار المعالج لكفاءته (مثل المعرفة والخبرة).

- الاستبصار (insight) : في إطار العلاج النفسي ؛ هو الوصول إلى فهم طبيعة مشكلة الفرد ومنشئها .
- التفسير (interpretation) : في العلاج النفسي ؛ مفهوم المعالج للمعاني الكامنة وراء خبرات المريض أو سلوكاته .
- دليل المعالجات (manualized treatments) : المعالجات النفسية التي توصف وتُعرض بصورة دليل مقنن (يوضح المبررات المنطقية لكل مرحلة من مراحل المعالجة ، وأهدافها ، وأساليبها) .
- السيادة (mastery) : حيازة مستوى رفيع من المعرفة أو المهارة . قد يكون أحد أهداف العلاج النفسي أن يطور المريض الكفاءة/السيادة في مجال معين .
- التحليل البعدي (meta-analysis) : أسلوب من أساليب البحث ، يتم فيه جمع كل الدراسات المتعلقة بموضوع أو سؤال ما ، ثم القيام بدمج النتائج إحصائياً .
- العوامل غير المحددة (nonspecific factors) : العوامل التي لا تكون محددة بتوجه نظري علاجي معين ، إلا أنها ترتبط بنتائج علاجية إيجابية (كتوقع الشفاء) .
- مقاييس النتائج (outcome measures) : في أبحاث العلاج النفسي ؛ مؤشرات حول أداء المريض بعد المعالجة ، وتستخدم كمعيار لمدى تأثير النتائج .
- شبه المهنيين (paraprofessionals) : الأشخاص الذين لا يتلقون تعليماً متقدماً في علم النفس ، ويتم تدريبهم لمساعدة الأخصائيين العاملين في ميدان الصحة النفسية .
- الأداء الوظيفي للمريض (patient functioning) : مستوى أداء المريض في عدد من المجالات (النفسية والمهنية والاجتماعية مثلاً) .
- الإرشادات العامة للممارسة (practice guidelines) : الإرشادات التي توصي باستخدام أشكال معينة من التدخلات العلاجية مع أنواع محددة من الاضطرابات أو المشكلات النفسية .
- أبحاث العمليات (process research) : الأبحاث التي تدرس الأحداث الخاصة ، التي تحدث في سياق التفاعل بين المعالج والمريض . ولقد أظهرت بعض العمليات العلاجية ارتباطاً بنتائج العلاج .
- التدخل العلاجي النفسي (psychological intervention) : أسلوب لإحداث التغيير في سلوك الشخص أو أفكاره أو مشاعره .
- مراحل التغيير (stages of change) : مجموعة من المراحل التي تبين استعداد العميل للتغيير في العلاج النفسي . وتتضمن هذه المراحل : ما قبل العزم ، العزم ، الاستعداد ، العمل ، الإدامة ، والإنهاء .

- التحالف العلاجي (therapeutic alliance) : العلاقة بين المعالج والمريض . ويُعتقد بأن تشكيل علاقة تحالف علاجية قوية ، يُعد أساساً مهماً للتغيير في العلاج النفسي .
- مجموعة المعالجة (treatment group) : في أبحاث العلاج النفسي ؛ المجموعة التي تتلقى المعالجة قيد الدراسة .
- مجموعة ضابطة/قائمة الانتظار (waiting list control group) : مجموعة ضابطة يتلقى أفرادها العلاج بعد انتهاء الدراسة .

الفصل الثاني عشر
العلاج النفسي
من المنظور السيكودينامي
*Psychotherapy:
The Psychodynamic Perspective*

- 1- ما هي الافتراضات الأساسية لنظرية فرويد؟
- 2- ما هي التقنيات المستخدمة في المعالجة التحليلية ، وما محالات استخدامها؟
- 3- ما هي البدائل الأساسية للعلاج بالتحليل النفسي؟ وضح كلاً منها .
- 4- ما هي الأدلة التي تبين فعالية العلاج بالتحليل النفسي؟
- 5- ما هي إيجابيات الأشكال المختلفة للعلاج بالتحليل النفسي ، وما هي سلبياتها؟

محتويات الفصل:

- بدايات التحليل النفسي .
- تقنيات العلاج بالتحليل النفسي .
- بدائل التحليل النفسي .
- تقييم موجز للعلاج بالتحليل النفسي .
- ملخص الفصل .

يركز اتجاه التحليل النفسي على الدوافع والصراعات اللاشعورية ، لمعرفة أصل السلوك وجذوره ، كما أنه يعتمد بقوة على تحليل الخبرات السابقة . ويكمن هذا الاتجاه في النظرية التحليلية الكلاسيكية ، التي جاء بها سيجموند فرويد (انظر التوضيح 1-12) .

من دون شك ، فإن نظرية التحليل النفسي تمثل أكثر الإسهامات أهمية وتأثيراً في مجال الشخصية . فالأفكار التي بدأت على أنها جدلية ومتعشرة وقائمة على دراسة حفنة من المرضى العصبيين في فيينا ، تحولت إلى تيار جارف ، غير وجه نظريات الشخصية والممارسات الإكلينيكية . فمن النادر أن نجد مجالاً من مجالات الحياة المعاصرة لم تصل إليه أفكار فرويد ؛ إذ أثرت في الفن والأدب والسينما ، كما وأثرت في الكتب المنهجية والمراجع العلمية . وأصبحت كلمات مثل : الأنا ، واللاشعور ، ودافع الموت ، وزلات اللسان ؛ جزءاً من لغتنا اليومية .

وما ينطبق على ثقافتنا بشكل عام ، ينطبق على التدخلات العلاجية أيضاً . فبالرغم من أن العلاج بالتحليل النفسي يعد أحياناً مفارقة أو خطأ تاريخياً ، إلا أن الأخصائيين الإكلينكيين ما يزالون يستخدمونه بشكل كبير (Norcross, Hedges, & Castle, 2002) . وفي الحقيقة ، فإن جميع أشكال العلاج النفسي تقريباً ، والتي تعتمد على التواصل اللفظي بين المعالج والمريض ، تدين ببعض الفضل للتحليل النفسي ؛ كنظرية وكمعالجة . وسواء أكان العلاج وجودياً أم معرفياً-سلوكياً أم أسرياً أم غير ذلك ، فإن آثار التحليل النفسي فيه تكون واضحة ، وذلك على الرغم من عدم الإقرار بها بصورة رسمية غالباً .

بدايات التحليل النفسي *Psychoanalysis : The Beginnings*

في عام 1885 ، تلقى فرويد منحة للدراسة في باريس ، مع العالم الشهير جين شاركو (Jean Charcot) ، والذي كان معروفاً بأعماله في مجال الهستيريا . وقد كانت الهستيريا آنذاك اضطراباً "أثنوياً" ، يُعرف عادةً من خلال الشلل والعمى والصمم . ومع أن هذه الأعراض تشير إلى وجود خلل عصبي المنشأ ، إلا أنه لم تكن هنالك أية أسباب عضوية لها . وكان شاركو قد اكتشف سابقاً أن بعض الأشخاص المصابين بالهستيريا يتخلّون عن أعراضهم أثناء التنويم المغناطيسي (hypnosis) ، وأحياناً يسترجعون الأحداث المأساوية التي أدت إلى حدوث الأعراض . ومن المحتمل أن يكون مثل هذا الاسترجاع الذي يحدث تحت تأثير التنويم ، قد ساهم في إثارة تفكير فرويد حول طبيعة اللاشعور . على أية حال ، فقد كان فرويد معجباً بأعمال شاركو ، وقد شرحها لأصدقائه من الأطباء عند عودته لفيينا . ورغم أن العديد منهم كانوا متشككين حول فوائد التنويم ، إلا أن فرويد بدأ باستخدامه في ممارسته الطبية العصبية .

لمحة موجزة عن حياة فرويد

ولد سيجموند فرويد في النمسا (والتي أصبحت فيما بعد جزءاً من تشيكوسلوفاكيا) ، في السادس من أيار عام 1856 ، وقد قضى معظم طفولته في فيينا ، وكان أكبر إخوته الستة . وبعد إنهاء سنواته المدرسية ، بدأ بدراسة الطب في جامعة فيينا ، وحصل على شهادة الطب عام 1881 . ثم بعد فترة قصيرة أمضاها في البحث ، بدأ فرويد ممارسة الطب في عيادته الخاصة . ورغم أن مثل هذا العمل لم يكن يستهويه ، إلا أن هنالك ثلاثة أمور ساعدته على اتخاذ قراره هذا : فقد كان يعلم أولاً أن فرصة قليلة كيهودي للاستمرار في البحث في بيئة أكاديمية تسود فيها مشاعر "معادية للسامية" . ثانياً ، لم تكن جهوده في البحث تدر عليه دخلاً جيداً . ثالثاً ، كان فرويد قد وقع في حب مارثا بيرنيز (Martha Bernays) . وكما هو الحال اليوم ، فالزواج يحتاج إلى النقود ، التي لم تكن متوافرة لدى فرويد . وبالتالي ، فقد قرر فتح عيادة ممارسة فيها الطب كأخصائي أعصاب . وقد ألجب من مارثا بعد زواجهما ستة أبناء ، ومنهم أنا التي أصبحت بدورها عالمة نفسية مشهورة .

في تلك الوقت ، بدأ فرويد بالتعاون مع جوزيف بروير (Josef Breuer) الطبيب المعروف في فيينا ، وقد كان تعاونهما بسيطاً إلا أنه كان مثمراً . وسعى الطبيبان معاً لتفسير اكتشاف بروير للشفاء بالكلام (talking cure) ، وهي طريقة تخفف من مشاكل المريض العصائية بمجرد الحديث عنها . وقام بروير وفرويد عام 1895 بنشر رسالتهما التي تعد نقطة تحول في مجال الطب النفسي : دراسات في الهستيريا (Studies in Hysteria) . وبعد فترة وجيزة ، اقررف الرجال أن أسباب ليست واضحة تماماً ، ويقول بعضهم إن المشكلة تتعلق بخلافهما حول مسائل مالية ، بينما يعتقد بعضهم الآخر أن السبب هو ضيق بروير الشديد من تركيز فرويد على مسألة العوامل الجنسية كمسببات للهستيريا .

وكان أكثر أعمال فرويد شهرةً هو تفسير الأحلام (Interpretation of Dreams) ، الكتاب الذي ظهر عام 1900 ، والذي يغطي عقداً ميمزاً من العمل المثمر . ومع مطلع القرن العشرين ، أخذ وضع فرويد المهني بالازدهار ، وبدأ عمله يجذب مجموعة مخلصّة من التابعين . إلا أن عنداً من هؤلاء تركوا المذهب الفرويدي المتشدد ، ليطوروا نظرياتهم الخاصة في العلاج النفسي . ومن أبرزهم : ألفرد أدلر ، كارل يونج ، وأوتو رانك . وقد أصبح فرويد رمزاً عالمياً بالفعل عام 1909 ، عندما تمت دعوته ليحاضر في جامعة كلارك في الولايات المتحدة .

هذا ، وقد أتبع فرويد أعماله بالمزيد من الكتب والأبحاث ، إلى أن جاء الغزو النازي في الثلاثينيات من القرن العشرين . وأحرق النازيون كتبه ، وحولوه إلى هدف لمعاداة السامية . وفي النهاية ، مُسّح له بالهجرة إلى إنجلترا . وقد عانى فرويد في سنواته الأخيرة من سرطان الفم ، وصارع ألماً شديداً ، كما خضع إلى 32 عملية . ولكونه مدخناً مدخناً ، ترك فرويد التدخين فترة ، لكنه لم يقطع عنه نهائياً . وتوفي في إنجلترا في أيلول 1939 .

قَبِيل عدة سنوات من ذلك ، قَتَن فرويد بعمل بروير مع مريضة شابة تدعى آنا أو . ، حيث بدت عليها العديد من الأعراض الكلاسيكية للهستيريا ، التي يبدو أنها رواسب ناجمة عن وفاة والدها . وقد كان بروير يعالجها بواسطة التنويم المغناطيسي ، وأثناء إحدى غشياتها في جلسات التنويم ، أخبرته للمرة الأولى التي ظهر فيها أحد أعراضها - والمدهش أنها عندما أفاقت من غشيتها كان ذلك العَرَض قد اختفى ! وأدرك بروير سريعاً أنه عشر على أمر مهم ، فقام بتكرار الإجراء نفسه فترة من الزمن . وقد كان ناجحاً تماماً ، إلا أن المضاعفات سرعان ما ظهرت ؛ فقد طورت آنا تعلقاً انفعالياً قوياً ببروير . وقد كان رد فعل آنا القوي ، إضافة إلى ما أظهرته من أعراض هستيرية في إحدى الجلسات ، وراء تخلي بروير عن الحالة . كما لعبت غيرة زوجة بروير دوراً في اتخاذ قراره أيضاً .

هذه الأحداث التي كانت مألوفة لدى فرويد ، ساعدته دون شك على تطوير نظرياته الأولية حول الشفاء بالكلام ، واللا شعور ، والتفريغ الانفعالي ، والتحويل ، والقلق الأخلاقي . وقد عالج العديد من مرضاه بالتنويم ، ولكن لم يكن جميع المرضى مرشحين مناسبين للتنويم المغناطيسي . ورغم أن بعضهم كان يُنَوِّم بسهولة ، إلا أنه كان يبدي ميلاً لعدم تذكر ما يتكشف له أثناء الغشية ، الأمر الذي يدمر معظم مزايا التنويم المغناطيسي . ومثال ذلك إيزابيث ، تلك المريضة التي رآها فرويد عام 1892 . فقد طلب منها فرويد عندما كانت في كامل وعيها أن تركز على اضطرابها ، وأن تتذكر متى بدأ عندها هذا الاضطراب ، ثم طلب منها أن تتمدد على أريكة ، بينما يضغط هو بيده على جبهتها . وقد وجد فرويد لاحقاً أن قيامه بوضع يده على جبهة المرضى ، وطلبه أن يتذكروا الأحداث المتعلقة بمنشأ أعراضهم ، كان فعالاً كفعالية التنويم - وسرعان ما تخلى عن وضع يده على جبهة المرضى ، وأصبح يطلب منهم ببساطة أن يتحدثوا عما يخطر ببالهم . وقد كان هذا بداية ما أصبح يعرف بالتداعي الحر (free association) .

عرض موجز لوجهة النظر الفرويدية The Freudian View: A Brief Review

أحد الافتراضات الأساسية للنظرية الفرويدية هي الحتمية النفسية (Psychic determinism) ، ويتضمن هذا الافتراض أن كل ما نفعله له معنى وغاية ، وأنه موجه نحو هدف ما . إن مثل هذه النظرة تساعد المحلل النفسي على توحيد العديد من البيانات في بحثه عن أصل سلوك المريض ومشكلاته ، فالسلوك الشهواني والسلوك الغريب الشاذ والأحلام وزلات اللسان ، كلها أمور ذات دلالة وتحمل معنى معيناً .

وقد افترض فرويد أيضاً وجود الدوافع اللاشعورية (*unconscious motivation*) في تفسيره للعديد من مظاهر السلوك البشري . وكان استخدامه الواسع لهذا الافتراض يفوق استخدام أي من المنظرين الذين سبقوه ، مما ساعده على تفسير العديد من الأمور التي كانت تستعصي على الفهم سابقاً . ويفترض المحلل النفسي ابتداءً أن السلوك الصحي هو ذلك السلوك الذي يفهم الفرد الدوافع الكامنة خلفه ، وأن أكثر مسببات السلوك المضطرب هي دوافع لاشعورية . بالتالي ، فهدف العلاج هو إحضار الدوافع اللاشعورية إلى الشعور .

الفرائز The Instincts

وهي الطاقة التي تعمل بواسطة الآلة البشرية ، فتزودها بنوعين من الفرائز : غريزة الحياة (*life instincts*) المتمثلة في الحب ، وغريزة الموت (*death instincts*) المتمثلة في العدوان . وتعد فرائز الحياة أساساً لجميع النواحي الإيجابية والبناءة من سلوك الإنسان ؛ وتشمل هذه الفرائز الدوافع البدنية ، كالجنس والجوع والعطش ؛ وكذلك المكونات الإبداعية للثقافة ، من فن وموسيقى وأدب . إلا أن جميع هذه الأنشطة قد تخدم أهدافاً مدمرة في النهاية . وعندما يحدث ذلك ، تكون فرائز الموت هي المسؤولة عنه . وفي ممارستهم المهنية ، يولي المحللون النفسيون اهتماماً قليلاً بفرائز الموت ، إلا أن فرويد يرى أن من المهم الوعي بهذه الفرائز لفهم الجوانب المظلمة من السلوك البشري (كالسلوك القهري المدمر للذات لدى الشخص العصابي ، أو عدم القدرة على تجنب الحروب ... إلخ) . على أية حال ، وبالنسبة لفرويد ، فقد كان التفسير النهائي لجميع السلوكيات غريزياً ، وذلك على الرغم من أن الفرائز التي أشار إليها غير قابلة للملاحظة ولا يمكن قياسها ، كما أنها تفسر الأحداث بعد وقوعها ، لا قبله .

بنية الشخصية Personality Structure

يرى المحللون النفسيون أن الشخصية تتكون من ثلاثة أبنية أساسية : الهو ، والأنا ، والأنا الأعلى . ويشير الهو (*id*) إلى ذلك الجزء العميق من الشخصية ، والذي لا يمكن الوصول إليه . وتتوصل إلى المعلومات حوله من خلال تحليل الأحلام ، وتحليل مختلف أشكال السلوك العصابي . والهو ليس له أي اتصال بالعالم الخارجي ، فهو الحقيقة النفسية الفعلية ، وفيه تكمن الدوافع الغريزية وتطلعاتها للإشباع الأنبي . كما أن الهو لا تحكمه قيم أو أخلاق أو منطق ، وهدفه الأساسي هو تلبية دوافعه ذات المنشأ الجسدي دون أية عوائق . إذن ، يهدف الهو إلى الوصول إلى مرحلة خالية من التوتر ، أو على الأقل ، الإبقاء على أدنى مستوى ممكن من التوتر .

ويُقال إن الهو يخضع لمبدأ اللذة (*pleasure principle*)، وذلك في محاولته إنهاء التوتر بمجرد حدوثه. ولتحقيق ذلك، يستخدم الهو تفكيراً من النوع الأولي (العملية الأولية *primary process*)، إذ يحوّل طاقته فوراً إلى طاقة حركية (زيادة حجم المثانة، مما ينجم عنه التبول الفوري). وفيما بعد، يقوم الهو باستبدال أشكال أخرى بهذا المظهر الأولي، فيقوم بإنتاج تصور عقلي يقلل من التوتر (فالجوع مثلاً ينتج عنه تصور عقلي للطعام). وتعد الأحلام مثلاً ممتازاً على مثل هذه العملية الأولية. وبالطبع، فإن مثل هذه العملية الأولية لا يمكنها تحقيق إشباع فعلي، كما يفعل الطعام. وبسبب هذا العجز تتطور عملية أخرى ثانوية، فيأتي دور البنية الثانية للشخصية: الأنا.

والأنا (*ego*) هو العنصر التنفيذي للشخصية، وهو نظام عقلائي منظم، يستخدم الإدراك والتعلم والذاكرة في خدمة حاجات الإنسان وإشباعها. وينشأ الأنا نتيجة عدم قدرة الهو على خدمة العضوية، وعجزه عن المحافظة عليها. ويعمل الأنا وفق مبدأ الواقع (*reality principle*)، وذلك بتأجيل إشباع الحاجات الغريزية إلى أن يتم إيجاد الهدف والأسلوب المناسبين للإشباع. وللقيام بذلك، يوظف الأنا العملية الثانوية (*secondary process*)، التي تتضمن التعلم والتذكر والتخطيط والحكم... إلخ. بالتالي، فإن الدور الأساسي للأنا هو التوسّط ما بين متطلبات الهو والأنا الأعلى والواقع، وذلك بطريقة تلبي حاجات العضوية، وفي الوقت نفسه تحميها من تهديد الواقع.

أما المكون الثالث للشخصية فهو الأنا الأعلى (*super ego*)، والذي يتطور من الأنا أثناء الطفولة، وينشأ بالتحديد نتيجة عقدة أوديب (*Oedipus complex*) (انجذاب الطفل جنسياً إلى الوالد من الجنس الآخر). ويمثل الأنا الأعلى مثاليات المجتمع وقيمه، التي تُنقل إلى الطفل من خلال أحاديث الوالدين وأفعالهم، كما أنها تُنقل من خلال الشواب والعقاب. إذ يصبح السلوك المُعاقب جزءاً من ضمير الفرد، أما السلوك المُثاب فيُصبح جزءاً من أهداف الأنا. وبالتالي، ففي إطار الأنا الأعلى، يقوم الضمير بوظيفة عقاب الأفراد؛ وذلك من خلال شعورهم بالذنب أو عدم القيمة، بينما تكون مكافأة أهداف الأنا الأعلى هي الشعور بالفخر والقيمة. وبشكل عام، فدور الأنا الأعلى هو حجب الدوافع غير المقبولة للهو، ودفع الأنا باتجاه خدمة الأهداف الأخلاقية، بدلاً عن الانتهازية، والسعي نحو الكمال.

المراحل النفسية الجنسية The Psychosexual Stages

كغيره من المنظرين، يرى فرويد أن لمرحلة الطفولة أهمية كبيرة في تشكيل صفات الفرد وشخصيته. وهو يعتقد بأن كل شخص يمر عبر سلسلة من المراحل النمائية، وهي المراحل النفسية

نفسها دون تروء ، مما يؤدي إلى حدوث مشكلات مع البيئة المحيطة . وأخيراً ، هناك القلق الأخلاقي (*moral anxiety*) ، الذي ينشأ نتيجة الخوف من عدم الالتزام بمعايير الضمير . وما يميز هذه الأنواع الثلاثة عن بعضها بعضاً ، هو مصدر خبرة القلق ، لا نوعها . فالوظيفة الأساسية للقلق هي أن يعمل كإشارة إنذار للأنا ، لكي يتم اتخاذ خطوات معينة ، لمواجهة الخطر ، وحماية العضوية في الوقت نفسه .

دفاعات الأنا The Ego Defenses

قلنا سابقاً إن الأنا يستخدم عمليات ثانوية لحل المشكلات وتخطي التهديدات البيئية ، ومنها التذكر والحكم والتعلم . إلا أن مثل هذه المقاييس تكون أقل نفعاً عندما ينشأ التهديد من ذات الفرد . فأين يذهب الفرد عندما يخاف من غضب الأنا الأعلى ، أو من انفلات شهوات الهوى؟ يكمن الجواب في دفاعات الأنا ، والتي تسمى أيضاً بميكانيزمات الدفاع (*defense mechanisms*) . ولم تظهر عبقرية فرويد في أي مكان آخر ، كما ظهرت في قدرته على استخلاص ميكانيزمات الدفاع ، من الكلام غير المترابط واللامنطقي في أحاديث مرضاه . وبشكل عام ، تعدّ هذه الميكانيزمات مَرَضِيَّة ؛ لأنها تحول دون قيام الطاقة النفسية بأنشطة بناءة ، كما أنها تشوّء الواقع في الوقت نفسه . ونذكر هنا أن جميع الميكانيزمات الدفاعية تعمل بنشاط وبشكل لا إرادي ، دون أن يعيها الفرد .

أما الدفاع الأساسي للأنا فهو الكبت (*repression*) ، والذي يمكن وصفه على أنه عقابُ الضمير للنزعات الجنسية والعدوانية المهددة . وفي عملية الكبت ، يتم منع الدوافع "الآثمة" من الوصول إلى الوعي . أما التثبيت (*fixation*) فيظهر عندما يبقى الفرد في المرحلة الراهنة من النمو النفسي الجنسي ، وذلك لشدة الإحباط والقلق اللذين يواجههما في المرحلة النفسية الجنسية التالية . بينما يتضمن النكوص (*regression*) عودة الفرد إلى مرحلة كانت تزوده بمستوى عالٍ من الإشباع . أما التكوين العكسي (*reaction formation*) ، فيُقال إنه يظهر عند التعبير عن الدافع اللاشعوري بسلوك شعوري معاكس لذلك الدافع ، بالتالي فقول الفرد "أنا أحبك" ، هو في الحقيقة تعبير عن "أنا أكرهك" . وأخيراً ، يظهر الإسقاط (*projection*) عندما يتم عزو مشاعر الفرد اللاشعورية إلى الآخر ، وبالتالي يتم التعبير عن شعور "أنا أكرهك" بعبارة "أنت تكرهني" .

الجنسية ، التي تتميز كل منها بتركيزها على منطقة معينة من الجسم (خصوصاً في السنوات الخمس الأولى من العمر) . والمرحلة الفموية (oral stage) التي تستمر حوالي سنة - هي الفترة التي يكون فيها الفم الوسيلة الأساسية للوصول إلى الإشباع . تليها المرحلة الشرجية (anal stage) ، حيث يصبح الانتباه مركزاً على التبرز والتبول ، وقد تمتد هذه المرحلة من الشهر السادس من العمر إلى السنة الثالثة . بعد ذلك تأتي المرحلة القضيبية (phallic stage) التي تمتد من السنة الثالثة إلى السابعة ، وفيها تصبح الأعضاء التناسلية مصدر الإشباع الرئيسي . بعد تلك المراحل - التي تدعى بالمراحل ما قبل التناسلية - يدخل الطفل مرحلة الكمون (latency stage) التي تتميز بانخفاض النشاط الجنسي الصريح ، كما تتميز بالاتجاهات السلبية تجاه كل ما هو جنسي . وقد تمتد هذه المرحلة من السنة الخامسة إلى الثانية عشرة من العمر . يلي ذلك ظهور المرحلة التناسلية (genital stage) . وبصورتها المثالية ، فإن هذه المرحلة تصل بالتعبير الجنسي الناضج إلى ذروته ، وذلك بافتراض قيام الأنا بدوره في التعامل مع الدافع الجنسي بفعالية .

عند مواجهة الطفل لأية صعوبات في إحدى تلك المراحل ، فإن هذه الصعوبات قد تعبر عن نفسها من خلال أعراض لا تكيفية ، خاصة عندما تكون المشكلات مزمنة . وقد يقود كل من الإحباط الشديد أو الإشباع المفرط في أي من المراحل النفسية الجنسية ، إلى نشوء مشكلات لدى الطفل . وتحدد المرحلة التي يتم فيها ظهور الإحباط الشديد أو الإشباع المفرط ، طبيعة تلك الأعراض اللا تكيفية . وبالتالي ، فإن الأعراض الاستحواذية القهرية تبين فشل الفرد في تخطي المرحلة الشرجية بنجاح ، أما الحاجات الاعتمادية الزائدة لدى الراشد ، فهي إشارة على تأثير المرحلة الفموية . ويعتقد فرويد أن جميع الأشخاص يُظهرون طابعاً تكوينياً محدداً ، والذي ليس من الضروري أن يكون عصائياً بالتحديد ، بل قد يعكس رواسب الدوافع الأصلية في الطفولة ؛ سواء كان ذلك من خلال تصعيد تلك الدوافع ، أو تشكيل ردود فعل ضدها . ومن الأمثلة على التكوين الفمي : حُب الطعام ، أو التزمّت في الكلام ؛ وعلى التكوين الشرجي : تكلف الاحتشام ، أو الاشتراز من الأوساخ ؛ وعلى التكوين القضيبى : الحياء ، أو التواضع المفرط .

القلق Anxiety

تحدث الظروف التي تؤدي إلى تشكيل الأنا ، والأنا الأعلى لاحقاً ، خبرةً انفعالية مؤلمة ، تسمى القلق . كما أن استجابات القلب والرئة - وغيرهما من الأعضاء الداخلية - المبالغ بها ، يخبرها الفرد على أنها حالة من القلق . وهناك ثلاثة تصنيفات أساسية للقلق : القلق الحقيقي (reality anxiety) ، الذي يكون مبنياً على خطر حقيقي من العالم الخارجي . القلق العصائى (neurotic anxiety) ، الذي ينشأ نتيجة الخوف من خروج دوافع الهو عن السيطرة ، وتعبيرها عن

اللاشعور لا يتأثر بسهولة بمثل هذه المعلومات "العقيمة" ، بل على المريض أن يختبر هذه العدائية اللاشعورية حقاً . وقد يحدث ذلك من خلال عملية التحويل ، وهي خبرات مبكرة ارتبطت بالأب ، يمكن أن يعيشها المريض ثانية مع المعالج . حيث يبدو المحلل مثل ذلك الأب الغائب منذ سنين ، فتبدأ ردود الفعل القديمة لدى المريض تتدفق ثانية . وما إن يحل المعالج محل شخص آخر (الأب) ، حتى نرى المريض يمر بالخبرة الانفعالية القديمة ، فيعيد تقييمها من جديد . ومن هنا يأتي الاستبصار الأعمق .

بعد ذلك يدخل المعنى الحقيقي للاستبصار إلى وعي المريض ، من خلال عملية مواصلة العمل أو السّير (working-through process) . ويشير هذا المصطلح إلى الفحص المتأنى والمتكرر للطريقة التي تعبر صراعات الفرد ودفاعاته عن نفسها من خلالها ، في أوجه الحياة المختلفة . أما التفسير البسيط القائل إن سلبية الفرد وعجزه يعبران عن شكل من أشكال العدوانية الكامنة في اللاشعور ، فهو تفسير لا يمكن أن يحقق سوى القليل من التقدم . وبعد أن يتم وضع أساس ثابت للتفسير ، لا بد من تكراره مرة بعد أخرى ؛ إذ ينبغي مواجهة العميل بالاستبصار ومدى انطباقه على علاقته بزوجه أو صديقه أو مشرفه في العمل ، بل وحتى ردود فعله تجاه المعالج . هذا ، وينبغي مساعدة المرضى في العمل على توظيف الاستبصار في التعامل مع مختلف نواحي حياتهم . وهذا الأمر يشبه تعلم مبدأ فيزيائي في حصة للفيزياء ؛ فالمبدأ لا يكتسب أهميته في الحياة الواقعية إلا عندما يتجاوز حدود المختبر ، لينطبق على كل ناحية من نواحي الحياة : من محركات السيارات ، إلى أسس البناء إلى كرة السلة . . . إلخ . كذلك الأمر بالنسبة للاستبصار . إذ يتجلى الاستبصار عندما يصبح واضح الأثر على حياة الفرد في موقف تلو آخر ، وهو أمر متوقع في ظل المدة التي يستغرقها التحليل النفسي التقليدي ، والتي تحتاج حوالي 3 إلى 5 سنوات ، وبمعدل 3 إلى 5 جلسات أسبوعياً ، وأحياناً تمتد أكثر من ذلك .

تقنيات العلاج بالتحليل النفسي

Techniques of Psychodynamic Psychotherapy

ينظر المحلل النفسي إلى الأعراض العصابية على أنها إشارة على وجود حالة من الصراع ما بين الهر والانا والأنا الأعلى ومتطلبات الواقع . فالخوف المرضي (الفوبيا) مثلاً ، وهو سمة شخصية غير مرغوب بها ، واعتماد مفرط على ميكانيزمات الدفاع ؛ يشير إلى وجود مشكلة أكثر عمقاً . إذن ، فالأعراض تعبير عن مشكلات لاشعورية تحتاج إلى حل . ومن الواضح أن المرضى لو كان بإمكانهم حل مشكلاتهم وحدهم ، ما احتاجوا إلى العلاج النفسي . إلا أن طبيعة المشكلات اللاشعورية

كما ذكر سابقاً ، فإن خبرة بروير مع أنا أو . قادت إلى اكتشاف "الشفاء بالكلام" ، والذي تحول بدوره إلى النداعي الحر أثناء عمل فرويد مع إليزابيث . ويعني النداعي الحر ببساطة ، أن يقول المريض كل شيء ، وأي شيء يخطر بباله ، بغض النظر عن عدم اتساقه أو سخفه أو غبائه أو إثارته للاشمئزاز . كما أدرك فرويد أن أنا قامت بتحويل كثير من مشاعرها نحو العديد من الرجال المهمين في حياتها ، إلى بروير . وفكرة التحويل (*transference*) هذه ، قد تصبح في النهاية أداة تشخيصية مهمة أثناء العلاج النفسي لفهم طبيعة مشكلات العميل ، اللاشعورية منها خاصة .

لقد تعلم فرويد من خلال التنويم ، أن المرضى يمكن لهم أن يخبروا ثانيةً تلك الأحداث المؤلمة المرتبطة ببداية أعراضهم الهستيرية . وفي بعض الحالات ، ساعدت هذه الخبرة على إطلاق الطاقة المحبوسة لديهم . وأصبح يطلق على هذه العملية اسم التفريغ الانفعالي (*catharsis*) : إطلاق الطاقة التي يكون لها فوائد علاجية عادةً . كما لاحظ فرويد أثناء عمله مع إليزابيث ظهور المقاومة (*resistance*) ، وهي عزوف عام عن مناقشة الأحداث المهددة أو المزعجة ، أو عن تذكرها ، أو التفكير بها . وقد نظر إليها على أنها نوع من الدفاع ، ولكنه حللها لاحقاً أيضاً على أنها نوع من الكبت : الإبعاد اللاإرادي لفكرة أو دافع ، إلى اللاشعور . واللاشعور (*the unconscious*) بالطبع ، هو تلك الناحية من الدماغ التي لا يصل إليها الوعي .

دور الاستبصار The Role of Insight

الهدف الأساسي من التدخل العلاجي بالتحليل النفسي هو إزالة المشكلات العصابية التي تُضعف الفرد . ويؤمن المحلل النفسي التقليدي بأن الطريقة الوحيدة والفعالة لتحقيق هذا الهدف هي الوصول إلى الاستبصار (*insight*) . ماذا يعني الاستبصار؟ إنه الفهم التام للمحددات اللاشعورية لتلك المشاعر أو الأفكار أو السلوكات اللاعقلانية ، والتي تسبب التعاسة الذاتية للفرد . وما إن تتم مواجهة الأسباب اللاشعورية وفهمها بشكل تام ، فإن الحاجة للدفاعات والأعراض العصابية ستختفي تلقائياً . والهدف الأساسي لكل التقنيات الخاصة التي سيتم شرحها في هذا الفصل ، هو تحقيق الاستبصار .

وغالباً ما يكون بلوغ المحلل إلى ذروة الاستبصار بطيئاً ومجهداً وطويل الأمد . ولا يُقاس التحليل الحقيقي بالأسابيع أو الأشهر ، بل بالسنوات ؛ وذلك لأن المريض لا يعلم مثلاً أن مشاعره العدائية والتنافسية تجاه أبيه المتوفى منذ زمن طويل ، هي التي تسبب نوباته الانفعالية الحادة الآن تجاه أصدقائه أو مديره أو زملائه في العمل . وعلى المستوى الفكري ، قد يقر المريض بهذا التفسير ؛ إلا أن

ومبكانزمات الدفاع ، تجعل من عملية الشفاء الذاتي أمراً غايةً في الصعوبة . لذلك ، فإن هدف التحليل النفسي هو التغلب على الدفاعات ومواجهة اللاشعور في إطار العلاقة العلاجية . وعلى مدى السنين ، تم تطوير العديد من التقنيات المختلفة ، وهي جميعاً تركز على حل المكبوتات من خلال إعادة تحليل الخبرات السابقة . ويبقى الهدف الأساسي هو التحرر من ظلم اللاشعور واستبداده ، وذلك من خلال الاستبصار .

التداعي الحر Free Association

من القواعد الأساسية في التحليل النفسي ، أن يقول المريض أي شيء وكل شيء يخطر بباليه . وهذه العملية ليست سهلة كما يبدو للوهلة الأولى ، إذ تتطلب من المريض التوقف عن مراقبة أفكاره السخيفة أو العدوانية أو المخرجة أو الجنسية ، أو حجب مثل هذه الأفكار . لقد تعلمنا طوال حياتنا أن نمارس السيطرة الواعية على مثل هذه الأفكار لحماية أنفسنا والآخرين على حدٍ سواء . على أية حال ، إذا كان على المعالج -وفق ما يقول فرويد- أن يحرر المرضى من استبداد اللاشعور ، وبالتالي تحريرهم من أعراضهم وغيرها من السلوكيات غير المرغوبة ، عندها يكون هذا التيار من التداعيات الحرة ضرورياً . ومنها ، يمكن أن يبدأ المريض والمعالج في اكتشاف تلك الأسس الخفية لمشكلات المريض .

تقليدياً ، يجلس المحلل النفسي وراء المريض الذي ينمذد على أريكة ، حيث يكون المحلل في هذه الوضعية خارج المدى البصري للمريض ، وبالتالي لا يكون معيقاً لتدفق تداعياته . ولعل هنالك سبباً آخر للجلوس وراء العميل ، وهو أن تحديد المرضى في المعالج لأكثر من 6 ساعات يومياً قد يكون مرهقاً للمحلل . وعليه ، فالهدف من الأريكة هو مساعدة المريض على الاسترخاء ، وتسهيل عملية التداعي الحر .

ويفترض المحلل النفسي أن كل تداع يقود إلى آخر ، ومع استمرار هذه العملية يقترب المريض أكثر فأكثر من أفكاره ودوافعه اللاشعورية . وأي من هذه التداعيات لن يكون شديد الوضوح بمفرده ، ولكن مع مرور الجلسات تبدأ أنماط التداعيات بالظهور . ومن خلال الأفكار الرئيسية المتكررة ، يمكن للمعالج أن يكتشف علاقةً منطقية تجمعها . فمن ناحية ، هذه التداعيات الحرة ليست "حرة" حقيقةً ، وإنما هي امتدادٌ للقوى اللاشعورية التي تحدد اتجاه تداعيات الفرد . وعادةً -وربما دائماً- تقود هذه التداعيات إلى ذكريات الطفولة المبكرة ومشكلاتها ، ومثل هذه الذكريات المتعلقة بالخبرات القديمة والمنسية لدى المريض ، كقيلةً بمنح المعالج دلالات حول بناء شخصيته وتطورها .

ومن التقنيات المستخدمة في التحليل النفسي ، تقنية تحليل الأحلام . فالأحلام عبارة عن أفكار تكشف عن طبيعة اللاشعور ؛ إذ تُعدُّ مثقلةً بالأمانيات اللاشعورية ، وإن كانت بصورة رمزية . ويُنظر إلى الأحلام على أنها إشباع رمزي لل رغبات ، وهي تزود المحلل بدلائل حول أمانيات الطفولة ومشاعرها ، مثلها في ذلك مثل التداعي الحر . فأتثناء النوم ، تكون الدفاعات المألوفة مسترخية ، وقد تطفو المحتويات الرمزية على السطح . وبالطبع فإن رقابة الأنا لا تتلاشى كلياً أثناء النوم ، وإلا أصبحت محتويات الهو على مستوى من التهديد ، بحيث يفوق الشخص من نومه بسرعة . وقد تعني الأحلام منطقياً ، طريقة الفرد في الحصول على كعكته ، وتناولها أيضاً . فمحتوى الأحلام مهم إلى درجة أنه يزود الهو ببعض الإشباع ، ولكن ليس بدرجة تخيف الأنا أو تهدده . إلا أن هذا السيناريو لا ينطبق على بعض الحالات ، فتحدث الأحلام المربعة .

والمحتوى الظاهر (*manifest content*) للحلم هو ما يحدث فعلاً أثناء الحلم ، كأن يشاهد المرء كوزين كبيرين شهيين من البوظة . أما المحتوى الكامن (*latent content*) فهو المعنى الرمزي للحلم ، وفي مثالنا السابق ، قد يدور المعنى الرمزي للمادة اللاشعورية حول الحاجة إلى الإشباع الفمّي ، أو الرغبة في العودة إلى صدر الأم .

وللوصول إلى المحتوى الكامن ، غالباً ما يتم تشجيع المريض على القيام بالتداعي الحر حول أحد الأحلام ، وذلك على أمل الوصول إلى استبصار بمعنى الحلم . وعادةً ما يكون المحتوى الظاهر مزيجاً من الإزاحة أو التكثيف أو الإبدال أو الترميز ، أو مفتقراً إلى المنطق . وليس من السهل اختراق كل هذه العمليات العقلية والوصول إلى المعنى الكامن ، لذا فالتداعي الحر يساعدنا في هذا البحث ، إلا أن معنى أي حلم بمفرده لا يكون واضحاً دائماً ، بل يتأتى المعنى الحقيقي للحلم في حياة الفرد ، من خلال تحليل سلسلة كاملة من الأحلام . والمشكلة الأخرى هي أن المرضى غالباً ما يحرقون المحتوى الظاهر للأحلام ، عند إعادة سردها أثناء الجلسة التحليلية . بالتالي ، فإن هذا لا يجعل المحلل بحاجة إلى تعميق بحثه للوصول إلى المعنى الرمزي فحسب ، بل هنالك أيضاً العبء الإضافي للدفاعات الواعية للمريض ، والتي تعترض سبيل الوصول إلى الفهم . وبالنسبة للعديد من المحللين ، فالأحلام لا تقدم مؤشرات حتمية ونهائية حول ديناميات العميل ، إلا أنها مؤشرات تساعد المحلل على صياغة فرضيات يمكن التشبُّت منها أو نفيها بالمزيد من المعلومات . وبيّن التوضيح 12-2 وصفاً موجزاً للتحليل الذاتي لفرويد ، وهو أحد الأمثلة على التكامل ما بين الأحلام والتداعي الحر .

ومن الوسائل المهمة الأخرى التي وضحتها فرويد (1901/1960) للوصول إلى اللاشعور ، القيام بالتحليل الدقيق لـ "الأمراض النفسية في الحياة اليومية" . فكل شيء حتمي وله معنى محدد من وجهة نظر فرويد : فلا شيء يحدث صدفةً . إذ أن زلات اللسان ، أو نسيان المواعيد ، ليست أخطاءً بسيطةً ، بل هي أمور تمثل التعبير الشعوري لل رغبات اللاشعورية . وهذه الأخطاء البسيطة التي تحدث في الحياة اليومية ، تشبه الأحلام من حيث تحقيق الإشباع الجزئي للدوافع الجنسية والعدوانية ، رغم تدخلها في حياتنا بشكل بسيط لا يكاد يُذكر . وعندما يقوم المريض بمثل هذه الأخطاء أثناء العلاج ، أو يكرر الأخطاء التي يقوم بها خارج غرفة العلاج ، فإن المعالج يحصل على بيانات إضافية ، يمكنه من خلالها تقييم مشكلات المريض . وأحياناً قد لا يكون معنى هذه الأخطاء واضحاً بسهولة ، وقد يُطلب من المريض أن يقوم بالتداعي الحر حول الخطأ . ويمكن لهذه التداعيات ، إضافةً إلى تفسيرات المعالج ، أن تزود المريض بالمزيد من الاستبصار .

التوضيح 2-12

التحليل الذاتي لفرويد

لكي يدعم فرويد فكرته القائلة إن الأشخاص مدفوعون بفعل رغباتهم الجنسية التي تعود إلى مرحلة الطفولة ، فقد قام باستخلاص نتائج تحليله الشخصي لنفسه .

توفي والد فرويد عام 1896 ، الأمر الذي أثار اضطراب فرويد بشدة ، رغم تقدم والده في السن ومرضه . وفي الحقيقة ، أصبح فرويد شديد القلق والاكتئاب ، لدرجة أنه قرر أن يباشر تحليلاً ذاتياً مفصلاً ، بالجوء إلى أحلامه وتداعياته وسلوكاته .

وبدا أحد أحلام طفولته ذا أهمية خاصة ، حيث يتذكر فرويد أنه حلم به عندما كان في السابعة أو الثامنة من عمره ، وقد فسره بعد ثلاثين عاماً من ظهوره . في ذلك الحلم ، رأى فرويد "أمه الحبيبة بلامح ناعسة وهادئة بصورة غريبة ، وقد حُملت إلى غرفة ووضعت على الفراش ، من قبل شخصين (أو ثلاثة) لهم مناقير طيور" (Freud, 1983, p. 522) . وقادته تداعياته الحرة إلى فكرة الموت ، وإلى تعبير بدا على وجه جده قبل فترة قصيرة من وفاته . إذن فقد كان هذا الحلم مركباً ، تم فيه تجميع عناصر من الأم والجد . وهنا ، قادته تداعياته إلى والده المتوفي . فأدرك فرويد فرعاً أنه أثناء طفولته كان بضمير رغبات عدوانية لاشعورية تجاه والده . كما قادته تداعياته الإضافية (مثل التعبير العامي الألماني للجماع ، والمأخوذ من كلمة ألمانية تعني الطيور) إلى الاستنتاج الحتمي بأن ميوله الجنسية في الطفولة كانت تتجه نحو والدته . وعليه ، فإن صراعاته الأوديبية اللاشعورية التي طالما استنتج وجودها لدى مرضاه ، تنطبق عليه أيضاً .

أثناء سير العلاج ، يحاول المريض منع الجهود المبذولة لتبديد الأساليب العصائية في حل المشكلات . ويسمى هذا الأسلوب الدفاعي -الذي ذكرناه سابقاً- بالمقاومة . فالمقاومة من جانب المريض ، تحوّل دون انتقال الأفكار المرضية اللاشعورية إلى الشعور ؛ وهذا الأمر نفسه يولّد أعراضاً عصائية . إذ يكره المريض التخلي عن سلوكيات كانت مناسبة سابقاً ، رغم ما كانت تسببه له من ضيق شديد . وفي الواقع ، فإن هذا الضيق هو الذي دفعه لطلب المساعدة أساساً . إضافة إلى ذلك ، يجد المرضى صعوبة في تأمل الأحداث المؤلمة والحديث عنها . فالمريض الذي طالما كان يخشى والده مثلاً ، أو الذي شعر بأنه لم يستطع تحقيق آمال والده ، قد لا يرغب بمناقشة المسائل المتعلقة بذلك الوالد ، أو حتى تذكّرها . ورغم أنه من المتوقع أن يبدي معظم المرضى شيئاً من المقاومة أثناء الجلسات ، إلا أنها حين تصبح معيقة لتقدم العلاج ، فلا بد للمعالج من إدراكها والتعامل معها .

وكما ذكر سابقاً ، فإن مصطلح "المقاومة" يُستخدم لوصف أي عمل أو سلوك يقوم به العميل ، بحيث يعيق الاستبصار ، أو يمنع استدعاء المواد اللاشعورية إلى الشعور . ويمكن أن تظهر المقاومة بعدة أشكال ؛ فقد يقلل المريض من كلامه مثلاً ، أو يصمت لفترات أطول أثناء الحديث ، أو يزعم أنه لا أفكار لديه كي يتحدث عنها . كما أن فترات الصمت الطويلة شائعة أيضاً ، بل وربما يقوم المريض بتكرار الحديث عن الفكرة نفسها أو الموضوع نفسه ، دون أي تقدّم . وقد يصبح العلاج مسرحاً للحديث عن مشكلات الواقع ، كالبطالة أو الضرائب ، بينما يتجنب المريض التحدث عن تلك المواضيع التي دفعت به لتلقي العلاج . وقد يلجأ بعض المرضى إلى الإمعان في الكلام أو التحليل التاريخي الخالي من الوجدان ؛ فيخوض المريض في مفاهيم مثل الصرخة الأولى ودلالاتها ، وماراثونات العراء ، واللجوء إلى المصطلحات والمفاهيم الفنية ، أو حتى الخوض في أثر طفولة فرويد على التطور اللاحق للتحليل النفسي . وإذا ما علم المريض بأن للمعالج اهتماماً خاصاً بالأحلام ، فقد يتم إغراقه بمضامين تتعلق بالأحلام . وفي بعض الأحيان ، قد تسيطر مشاعر المريض وأفكاره حول المعالج على جو الجلسة ، وهذا الأمر لا يحتاج إلى جهد كبير لبدرج المعالج أن مثل هذا الإطار الشديّد والاهتمام بشخصه ، ما هو إلا وسيلة لتجنب البحث في المشكلات الفعلية . ويتمثل شكل آخر من أشكال المقاومة ، في ميل المريض إلى حذف معلومات معينة ، أو حجبتها .

ويمكن ملاحظة المقاومة لدى العميل أيضاً ، من تكرار تأخره عن حضور مواعيد الجلسات ، أو إلغائه لهذه المواعيد لأسباب "وجيهة" ، أو نسيانه لتلك المواعيد . . . إلخ . وقد يلاحظ المعالج بأن تلك الأسباب "الوجيهة والمهمّة" في حياة المريض ، أخذت بالتأمر والعمل ضد جلسات العلاج .

فمثلاً ، قد يبدأ المريض بالتغيب عن الجلسات لـ "تكرار" إصابته بأمراض جسدية ، أو يطلب تغيير المواعيد باستمرار ، بسبب حدوث أزمات يومية طارئة .

ويمكن لأي شيء تقريباً أن يكون شكلاً من أشكال المقاومة . ومع مواجهة دفاعات المريض ، يحدث أحياناً ما يُسمى بـ "تكثيف الأعراض" . إلا أن العكس قد يحدث أيضاً ، فنلاحظ ما يُسمى بالـ "هروب نحو الصحة" ؛ فقد تشهد الحالة تحسناً بالفعل . وفي الحالة الأولى ، يكون لسان حال المريض : "لا تجعلني أواجه هذه الأمور ، وكما ترى ، فإن حالتي تزداد سوءاً" ، أما في الحالة الثانية ، فكأنه يقول : "ألا ترى؟ أنا لست بحاجة إلى التعامل مع هذه الأمور ، إذ أنني أتحسّن" . وهناك طريقة أخرى وهي التفعيل أو التفعيل السلبي (*acting out*) ، وهنا يقوم المريض بمحاولات للهروب من القلق الناتج عن العلاج ، عن طريق القيام بأفعال غير منطقية ، أو الانخراط في أعمال خطيرة . ومن الأمثلة على ذلك : المريض الذي يقوم فجأة بتسلق الجبال ، أو الذي يبدأ بتعاطي الكوكايين أو الهيروين . بينما قد يلجأ آخرون إلى الكلام الزائد والتحليل العقلي الذي يخلو من الوجدان ، دون الوصول إلى استبصار حقيقي ؛ إذ تصبح الخبرات أو الذكريات مجردة من محتواها الانفعالي ، ومجزأة إلى حد كبير . كما يصبح كل شيء بارداً انفعالياً ومعزولاً عن حياة الفرد ، فيصبح فقدان الشخص لعمله مناسبة لمناقشة البطالة أو الظروف الاقتصادية ، أو التحول التكنولوجي الهائل في العمل . بمعنى أنه يتم تجاهل المشاعر والتعامل مع الخبرات الحقيقية ، بالهروب إلى العقلانية .

وتستمر المقاومة بصورة أو بأخرى أثناء جلسات العلاج . فتكون أحياناً عائقاً أمام الحل السريع للصراعات العصابية ، بينما تشكل هدفاً أساسياً للعلاج في أحيان أخرى . والمقاومة التي تستمر أثناء العلاج ، قد تعكس ما يحدث في الحياة الفعلية . وإذا ما أمكن تحليل المقاومة التي تحدث أثناء العلاج ، واستطاع المريض أن يفهم وظيفتها الفعلية ، فإن مثل هذه الدفاعات لن تستمر بالعمل خارج مكتب المعالج . وفيما يلي مثال على الطريقة التي استخدمها أحد المعالجين في مواجهة مشكلة المقاومة .

خضعت زوجة أحد الوزراء للعلاج النفسي منذ عدة أشهر . وفي الجلسة السابقة ، تم استنتاج سلسلة تفسيرات تأخذ بالاعتبار ميلها إلى اعتبار زوجها ، وليس هي ، مسؤولاً بشكل كامل عن عدم رضاها الجنسي .

المعالج : لم يبدو أنك كنت شديدة التحارب في جلسة اليوم .

المريضة : لا يوجد الكثير لديّ لأقوله .

المعالج : يبدو وكأن صبرك قد نفذ .

المريضة : كنت أفكر كم يبدو هذا المكتب الصغير غريباً . فالصدر يضيق به بشدة .

المعالج : أمر غريب ، لم تعلقى عليه قبل اليوم .

المريضة : لم أفكر في هذا الأمر من قبل .

واستمر الصمت فترة طويلة ، نظرت خلالها المريضة مرتين إلى ساعتها . وأخيراً قام المعالج بكسر حاجز الصمت .

المعالج : إنني أتساءل إذا ما كان لكل هذا علاقة بما ناقشناه في المرة السابقة .

المريضة : كنت أعلم أنك ستقول ذلك ، إلا أنني لا أعتقد ذلك ، إذ لا أستطيع أن أتذكر ما تحدثنا عنه .

المعالج : أحقاً؟ (يتهم) .

المريضة : حسناً . . . في الحقيقة . . . حسناً ، أعتقد بأن الخطأ خطأ زوجي ، إذ يمكنه أن يكون شديد

العدوان . أعلم؟ إنه يبدو شديد التفهم والصبر مع الآخرين ، ولكن . . .

واستمرت الجلسة ، وتم الكشف عن المزيد من التوجهات الجنسية للمريضة .

التحويل Transference

يعدّ التحويل من الظواهر الأساسية في العلاج بالتحليل النفسي كما رأينا ، وله تأثيره في معظم أشكال العلاج الفردي اللفظي إلى حد ما . ويظهر التحويل عندما يتعامل المريض مع المعالج كما لو كان أحد الرموز المهمة في طفولته ، ويمكن أن تكون المشاعر التي يتم تحويلها نحو المعالج إيجابية ، ويمكن أن تكون سلبية . وباختصار ، يتم إعادة طرح المشكلات والصراعات التي نشأت في الطفولة داخل غرفة العلاج . وهذا الأمر لا يزود المعالج بدلائل مهمة عن طبيعة مشكلات المريض فحسب ، بل ويزوده أيضاً بفرصة لتفسير التحويل كحقيقة نشطة وحيوية ، وليس بوصفه تعبيراً عن أحداث من الماضي . ويساهم العديد من خصائص الجلسة التحليلية (وضع المريض على أريكة دون مواجهة

المحلل ، وتجنب المعالج توجيه النصح أو إصدار الأحكام أو الكشف عن معلومات خاصة به) في تشجيع حدوث التحويل .

وغالباً ما يكون التحويل الإيجابي مسؤولاً عما يبدو وكأنه نوع من التحسن المتسارع في المراحل الأولى من العلاج . إن العلاقة الآمنة في إطار من السلطة الواعية والمتفهمة يمكن أن تقود إلى تحسن سريع ، لكن هذا التحسن يبقى سطحيًا . حيث سيتم تحدي دفاعات المريض فيما بعد ، ومن الأرجح عندها أن يتلاشى هذا التحسن ، وربما يبدأ التحويل السلبي بالكشف عن نفسه أيضاً .

ويمكن للتحويل أن يحدث بعدة أشكال ، فقد يظهر على هيئة تعليقات حول طريقة المعالج في اللبس ، أو تأنيث المكتب ، كما يمكن أن يأخذ شكلاً مباشراً بإبداء الإعجاب أو النفور أو الحب أو الغضب . كما قد يأخذ مظهر الهجوم على فعالية العلاج ، أو الإشارة إلى فشله . والمهم هنا هو أن ردود فعل كهذه لا تعكس حقائق حالية ، بل إن لها جذورها التي تعود إلى مرحلة الطفولة ، ومن السهل رؤية أي رد فعل يصدر عن المريض على أنه مظهر من مظاهر التحويل . على أية حال ، يمكن للمعالج الحساس أن يميز بين ردود الفعل التي لها بعض العلاقة بالواقع ، وتلك التي تحمل مغزى عصابياً .

ويعد كلا التحويلين الإيجابي والسلبي نوعاً من المقاومة . ومن خلال التفسير ، يمكن مساعدة المريض على إدراك الطبيعة والمنشأ غير المنطقيين للمشاعر المحوكة . ومع تكرار التحليل والتفسير ، يمكن أن يبدأ المريض بالسيطرة على ردود فعله في غرفة العلاج ، وتعلم تعميم مثل هذه السيطرة في عالم الواقع أيضاً .

التفسير Interpretation

ويعد التفسير حجر الأساس في جميع أشكال العلاج النفسي الدينامي . ورغم اختلاف محتواها وفقاً للأساس النظري الذي يعتمد عليه المعالج ، إلا أن عملية التفسير تعد التقنية الأكثر شيوعاً بين جميع أشكال العلاج النفسي . ومن منظور التحليل النفسي ، فإن التفسير هو الوسيلة التي يمكن من خلالها الكشف عن المعنى اللاشعوري لسلوكيات المريض وأفكاره . وبمعنى أوسع ، هو العملية التي يمكن من خلالها حث المريض على رؤية أفكاره أو سلوكياته أو مشاعره أو رغباته ، بطريقة مختلفة . ويعد التفسير طريقة لتحرير المريض من قيود أساليبه القديمة في النظر إلى الأمور ، والتي قادت إلى مشكلاته الحياتية الحالية ؛ كما أنه من الطرق الرئيسية في تحقيق الاستبصار . وبالطبع ، من النادر حدوث استبصار ذي دلالة أو تغيير في السلوك نتيجة لعملية تفسير واحدة ، بل يحدث

ذلك نتيجة عملية طويلة وبطيئة ومتكررة ، يتم فيه توضيح المعاني الكامنة وراء سلوكيات العميل وأفكاره ومشاعره ، في إطار تلو الآخر .

وفيما يلي دراسة حالة لتوضيح عملية التفسير :

حالة توضيحية للتفسير

حدثت هذه المناقشة أثناء الجلسة الخامسة عشرة من علاج زوجة أحد الأساتذة الجامعيين ، والتي تبلغ من العمر 27 عاماً . في جلسات سابقة ، وصفت المريضة مدى قصور علاقتها الجنسية ، كما بدأت في الجلسات اللاحقة بمناقشة كيف أنها وزوجها يعتقدان بوجود علاقة تواصلية صريحة ومنفتحة بينهما . وقبل الجلسة الحالية ، سافرت المريضة مدة يومين لحضور مؤتمر في مدينة قريبة ، وفي اليوم الأول من المؤتمر ، قابلت رجلاً وسرعان ما مضت معه إلى الفراش . وبعد ذلك ، تأخرت دورتها الشهرية عدة أيام ، واعتقدت بأنها حامل . واعتقاداً من معالجها النفسي بأن تأخر دورتها حدث نتيجة عوامل انفعالية ، طلب منها أن تؤجل إخبار زوجها حتى تتأكد من الموضوع . وقد رفضت هذا الاقتراح وشرعت في إخبار زوجها بكل شيء . وفي اليوم التالي بدأت دورتها الشهرية .

المريضة : لقد قلت كل شيء لزوجي ديك ، يا إلهي كم كنت منزعجة .

المعالج : ما الذي حدث إذن؟

المريضة : لقد تقبل الأمر بشكل أفضل مما توقعته ، ولقد كان متفهماً بحق . لم يكن شديد التسامح ، إلا أنه كان هادئاً ومتفهماً فحسب . وأنا الآن لست بحامل . أتصدق ذلك؟ إلا أنني أعتقد بأن ما حدث قد وُطد علاقتنا ، ويمكننا الاستمرار في علاقتنا من هنا .

المعالج : هل توقعت أن يكون ديك شديد التفهم؟

المريضة : لست واثقة أنني كنت أعرف ماذا أتوقع . أظن أنني اعتقدت بأنه سيستثيط غضباً ، ولكن ما الذي يمكنني فعله عدا ذلك؟ أعرف أن ما حدث في المؤتمر كان سخيفاً ، ولكن كان علي أن أعرف إذا ما زلت قادرة على الاستمتاع بالجنس .

المعالج : وكيف كان؟

المريضة : كان ممتعاً بحق . إنني أعلم ذلك الآن ، كما أنني أشعر بالسعادة إلى حد ما .

المعالج : والآن ، ديك يعلم بالموضوع ، وهو لا يشعر بسعادة بالغة نوعاً ما . وقد يكون هذا على الأرجح سبباً يجعلك تتوقن لإخباره بكل شيء .

في الحالة السابقة ، استخدم المعالج تعليقاته الأخيرة لتشجيع المريضة على الفهم . كان المعالج يسعى لجعل المريضة تعيد النظر في نفسها ، وفي علاقتها بزوجها ودوافعها ، وذلك بتوجيه انتباهها لاحتمال أن يكون سلوكها طريقة لإيذاء زوجها ؛ فكان تفسير المعالج موجهاً نحو جزء مركزي من مشكلات المريضة . ومن المهم التركيز على عدم إلقاء التفسيرات على كل ما يقوله المريض ؛ بل يقتصر التفسير على الجوانب المهمة في الحياة ؛ أي تلك التي ترتبط بصورة مباشرة بالمشكلات التي يحاول المعالج حلها .

وأفضل وقت للقيام بالتفسير ، هو عندما يكون ذلك التفسير قريباً من وعي المريض . وبالإضافة إلى ذلك ، ينبغي إعطاء التفسير عندما يكون بإمكانه إثارة درجة كافية من القلق لدى المريض ، بحيث يشجعه على التفكير الجاد ، ولكن لا ينبغي في الوقت نفسه - أن يشير مستوى عالياً من القلق ، بحيث يرفض المريض التفسير برمته . ورغم أن المعالجين يُعرفون بإعطاء تفسيرات كمن يطلق النار في الظلام ، إلا أن من الحكمة للمعالج التأكد من الهدف قبل إطلاقه لتلك القذائف . ومن الأرجح أن يكون التفسير غير فعال إذا ما أخطأ فيه المعالج ، أو قدمه قبل أوانه ، أو أعطى تفسيراً يتجاوز قدرة العميل على تقبله . ويصف كولبي (Colby, 1951) ذلك بأنه : " يشبه دفع أرجوحة من أعلاها للحصول على قوة دفع إضافية . إن أفضل وقت لإعطاء التفسير هو عندما يكون المريض قد اقترب منه ، وكل ما يحتاج إليه هو دفعة بسيطة ، تساعد على رؤية ما لم يره حتى الآن " (ص 91) .

وكقاعدة عامة ، فإن الجرعات البسيطة من التفسير هي الأفضل . بالتالي يُنصح بتقديم الموضوعات على مدى فترات زمنية معينة ، بدلاً من إعداد تفسير واحد ضخم يغطي سائر المظاهر الرئيسية للصراع لدى المريض . ويمكن للمعالج هنا ، أن ينتقل بالتدريج من الأسئلة ، إلى التوضيحات ، ومنها إلى التفسيرات . وهذا الترتيب يسمح للمريض بفهم كل خطوة . ومن المهم أيضاً أن يكون إعطاء التفسيرات مبنياً على ما قاله المريض آنفاً ، وأن يتم الاستعانة بالتعبيرات والأوصاف التي استخدمها المريض في صياغة التفسير .

وقد يكون من الصعب تحديد فعالية تفسير ما . وربما تدل تعبيرات المريض أحياناً على إصابة الهدف (مثل الدهشة ، أو صيحة التعجب ، أو احمرار الوجه ، أو قول العميل : " يا إلهي ! لم أفكر بالموضوع على هذا النحو ") . ولكن في أحيان أخرى ، قد لا تظهر على المريض أية تعابير ، ثم يأتي بعد عدة جلسات ليقول للمعالج كم كان تعليقه صحيحاً . وفي جميع الأحوال ، يغلب أن يظهر الاختبار الحقيقي مدى شمول التفسير أثناء الجلسات اللاحقة . فحتى التقبل الصريح للتفسير ، قد لا يكون أكثر من مجرد طريقة لإرضاء المعالج أو ظهور الدفاعات .

وقد صُمم التفسير الكلاسيكي في العلاج بالتحليل النفسي ، بحيث يبين للمريض طرقاً جديدة لرؤية الأمور ، وبالتالي يتم تحييد الصراعات والدفاعات اللاشعورية . وللقيام بذلك ، يُفيد المعالج من التداعيات الحرة ، ومحتويات الأحلام ، والسلوكيات التي تدل على المقاومة والتحويل . . . إلخ . ويمكن أن تتعدد أشكال التفسير من حيث مدى تعقيدها ووضوحها ؛ فقد يكون التفسير أحياناً مُعدداً بحيث يخترق صميم الصراعات اللاشعورية لدى المريض ، وأحياناً أخرى لا يكون أكثر من تعليقات أو أسئلة ، هدفها السير بالمريض نحو الاستبصار بطريقة لينة . ولربما كان من الأفضل تسميتها هنا بالتدخلات اللفظية بدلاً من التفسيرات ، إلا أن لها جميعاً قدرة على تغيير طريقة تفكير المريض وشعوره . ويمكن النظر إلى هذه التدخلات اللفظية كبعد يبين مدى استخدام المعالج للأسلوب المباشر ، بحيث يصل بالعمل إلى طريقة جديدة لرؤية الأمور .

بدائل التحليل النفسي *Psychoanalytic Alternatives*

لقد خضعت نظرية التحليل النفسي لتعديلات جوهرية على يد الفرويديون الجدد (neo-Freudians) ، ومنهم : ألفرد أدلر ، كارل يونج ، أوتو رانك ، وأصحاب حركة تحليل الأنا . ومع أن الإسهامات الأساسية لفرويد بقيت كما هي ، إلا أن أوجه التركيز والاهتمام تغيرت عما كانت عليه . فقد أعطى يونج أهمية أكبر للأحلام والعمليات الرمزية ، وقام رانك بالرفع من شأن صدمة الولادة . أما أدلر والفرويديون الجدد ، فقد ركزوا على أهمية الثقافة والتعلم والعلاقات الاجتماعية ، بدلاً من العوامل الغريزية .

ويُتوقع أن تؤثر مثل هذه الاختلافات على أساليب العلاج ، إلا أنها لم تؤد إلى إحداث الكثير من التعديلات القيّمة على الدور الأساسي لعمليات مثل : التداعي الحر ، وتفسير الأحلام ، والتفسير ، والتحويل ، والمقاومة . فيما تم تغيير مكانة الاستبصار بصورة طفيفة . فقد جاء الاستبصار من خلال طرق التحليل النفسي وأساليبه التقليدية ، أما الآن فقد أصبح استبصار هورني أو فروم أو سوليفان ، أكثر استخداماً . ولم يعد يُنظر إلى أصول الأعراض العصابية على أنها دوافع جنسية أو عدوانية مكبوتة فحسب ، بل وأصبحت امتداداً للخوف من الوحدة أو الشعور بعدم الأمن ، بما ينسجم مع دور الراشد . وبقي التفسير هو العنصر العلاجي الأساسي في مختلف تفرعات التحليل النفسي هذه ، إلا أن محتوى التفسيرات هو العنصر الذي غالباً ما يميز بين هذه التفرعات ؛ أي الطرق أو الأساليب المختلفة التي يقوم المحلل من خلالها بتركيب المادة اللاشعورية .

وعلى مر السنين ، طرأت تغييرات على التحليل النفسي التقليدي ، حتى أنه يُقال عن الأشخاص الذين لم يعودوا يتبعون التقنيات الفرويدية المشددة ، إنهم يمارسون العلاج "ذا الأصل" النظري التحليلي . ولقد شملت هذه التغييرات عوامل كثيرة ؛ ففي بعض الحالات انخفض عدد الجلسات من خمس جلسات إلى ثلاث أسبوعياً ، ولم تعد عملية العلاج تستغرق أكثر من عام

ونصف (Alexander & French, 1946). كذلك لم يعد المعالج يجلس وراء أريكة المريض ، بل غالباً ما يجلس على مكتبه ، مقابلاً للمريض الجالس على كرسي . وربما كانت أسهل طريقة لوصف هذه التعديلات وغيرها ، هي بإدخالها قدرأ أكبر من المرونة إلى التحليل النفسي . وبالرغم من استمرار مبادئ فرويد وطروحاته ، إلا أن المحتوى العام لم يعد بذلك الجمود وتلك الصرامة . فالتداعي الحر مثلاً ، لم يعد مطلوباً تماماً من قبل المعالجين ذوي التوجه التحليلي ، كما تدنّت أهمية الأحلام إلى حد ما . وأصبح بإمكان المعالجين استخدام العقاقير ، وحتى التنويم .

وكانت غرفة العلاج تعدّ حرماً داخلياً لعدة سنين ، يتحدث فيها المعالج مع المريض دون سواه . أما الآن ، فغالباً ما يتم العمل مع الأسرة أو الزوج ، وأحياناً قد يشمل العلاج الأسرة ككل . ومن التغيرات الحاصلة كذلك ، التقليل من الاعتماد على الأحداث الماضية (مرحلة الطفولة) ، والاهتمام بمواجهة الحاضر بفعالية . حتى أن طبيعة العملاء اختلفت بعض الشيء ، وأصبحت العيادات أو المؤسسات تقدم بعض الخدمات العلاجية النفسية للعملاء المتقدمين في السن ، ولأولئك من الأقليات العرقية ، وغيرهم ممن لم يكونوا يتلقون العلاج النفسي تقليدياً . وبالتالي ، نجد أن القائمين على العلاج التحليلي أصبحوا أكثر رحابةً ، وبدؤوا بفتح المجال للمرضى من الجماعات غير التقليدية . ومرة أخرى ، فإن أيّاً مما سبق لا يُعدّ إنكاراً لمبادئ فرويد ؛ بل هو إقرار بأن إجراءات العلاج الفرويدية التقليدية ليست بالتقنيات الوحيدة التي يمكن أخذها من النظرية التحليلية التقليدية .

تحليل الأنا Ego Analysis

لقد نشأت حركة تحليل الأنا بين ثنايا التحليل النفسي التقليدي ، أكثر من كونها منشقة عنه . ويرى أتباع هذه الحركة بأن التحليل النفسي الكلاسيكي يبالغ في تركيزه على اللاشعور والدوافع الغريزية ، وذلك على حساب عمليات الأنا . ويوافق منظرو هذه الحركة على دور الأنا الذي يتوسط بين الهو والعالم الواقعي ، إلا أنهم يرون له وظيفة أخرى ذات أهمية قصوى ، إذ يركزون على وظيفة الأنا "الخالٍ من الصراع" (conflict-free) ، والتي تشمل التذكر والتعلم والإدراك . ومن منظري هذه الحركة : هارتمان (Hartman, 1939) ، أنا فرويد (Anna Freud, 1946b) ، كريس (Kris, 1950) ، إريكسون (Erikson, 1956) ، وراپاپورت (Rapaport, 1953) .

ولا يختلف العلاج النفسي بتحليل الأنا عن الطرق العلاجية المعتادة إلا بدرجة بسيطة ؛ إذ يبدو بأن المهتمين بتحليل الأنا يفضلون الأهداف التي تركز على إعادة التعليم بدلاً من إعادة البناء ، التي يؤكد عليها أتباع التحليل النفسي المتشدد . ويبدو أن الخوض في خبرات الطفولة ، واستقراء عُصابات التحويل ، أصبح أقل شيوعاً في العلاج بتحليل الأنا عمّا كان عليه الأمر في التحليل

النفسي الكلاسيكي ؛ إذ يركز العلاج بتحليل الأنا على المشكلات الحياتية المعاصرة ، أكثر من التفصي الدقيق لوقائع الماضي . كما لا ينبغي على المعالج هنا أن يفهم المظاهر العصابية لشخصية الفرد فحسب ، بل أن يفهم الجوانب الفعالة وطرق تفاعلها مع تلك النزعات العصابية أيضاً .

كما يميل اتجاه تحليل الأنا إلى التركيز على أهمية بناء الثقة لدى المريض ، وذلك من خلال "إعادة الأبوة" (reparenting) في العلاقة العلاجية . وينظر هذا الاتجاه أحياناً إلى التحويل كعميق للعلاج ، إذ أنه يعمل على بناء دفاعات تكيفية لدى المريض (Blank & Blank, 1974).

تطورات أخرى معاصرة Other Contemporary Developments

عملياً ، كان لأعمال هورني وسوليفان وأدler أهمية خاصة في إعطاء دفعة جديدة للتحليل النفسي . كما ساعد كل من علم نفس الأنا ، ونظريات العلاقة بالموضوع (object relations) ، على تشجيع تركيز الأخصائي الإكلينيكي على الطريقة التي يرتبط فيها المريض بالآخرين ، بدلاً من مجرد التركيز على الصراعات بين القوى الغريزية داخله . فنظريات العلاقة بالموضوع مثلاً ، ترى أن الحاجة إلى تكوين علاقات مع الآخرين تُعدّ من المؤثرات الأساسية على السلوك البشري . لذا ، يركز هؤلاء المنظرون على دور الحب والكرهية ، وكذلك الاستقلالية والاعتمادية ، في نمو الذات . وفي علم نفس الذات (self psychology) الذي جاء به كوهات (Kohut, 1977) ، تبدو المهمة الأساسية للنضج هي تطوير الذات المتكاملة ، وليس تخطي المراحل النفسية الجنسية بنجاح .

وتركز المناقشات التي تدور حول التغييرات التي طرأت على المعالجات التحليلية ، على توجه العلاج إلى "هنا والآن" (here & now) ، وإلى التفاعلات الشخصية التي تحدث في إطار الـ "هنا والآن" الحاليين (W. P. Henry, Strupp, Schacht, & Gaston, 1994) وقد قام ستروپ وبيندر (Strupp & Binder, 1984) بالتأليف ما بين بعض التغييرات الدقيقة والحاسمة في ممارسة التحليل النفسي ، إذ شدّدوا على الابتعاد عن عمليات استدعاء ذكريات الطفولة وتحليلها ، والتوجه نحو الخبرات الانفعالية التصحيحية التي تظهر من خلال فعالية العلاقة العلاجية . وتساعد علاقة التحويل - كما تحدث هنا - على توفير الأساليب والطرق الملائمة للتغيير البناء في العلاقات الشخصية المتبادلة خارج غرفة العلاج .

العلاج النفسي السيكونامي المختصر

Brief Psychodynamic Psychotherapy

ربما كان التوجه الأساسي في العلاج السيكونامي هو تطويره للأساليب المختصرة (Goldfried, Greenberg, & Marmar, 1990; Koss, Butcher, & Strupp, 1986) . وقد حافظت هذه

المعالجات المختصرة على هويتها التحليلية ، حتى عند توظيفها في المواقف الطارئة والموجهة نحو الأزمات ؛ الأمر الذي يسمح للمعالج بالتركيز على قوة الدافعية لدى المريض ، والاعتماد على العلاقة التحويلية (Goldfried et al., 1990) .

ورغم أنه من الملائم الاعتقاد بأن هناك اعتبارات نظرية و/أو بحثية ساهمت في تحول الأخصائيين إلى استخدام معالجات نفسية موجزة ، إلا أن المسألة ليست كذلك تماماً . فهناك عدة قوى مهمة ، دفعت بالعلاج النفسي نحو التركيز على احتواء عامل الكلفة في أنظمة إدارة الرعاية الصحية (Cummings, 1986) . فقد اتجهت شركات التأمين إلى تقليص عدد الزيارات العلاجية التي تغطي نفقاتها . كما ساهم التوجه نحو خفض الكلفة في إيجاد منافسة غير مباشرة من قبل الأطباء النفسيين ، الذين يمارسون وصف الأدوية ، بدلاً من القيام بالعلاج النفسي . وكان الأثر الناجم عن كل هذا ، هو التوجه إلى استخدام العلاج النفسي المختصر ، وذلك للمحافظة على قدرته التنافسية .

وتوجد الآن مئات أنواع العلاج المختصر . ولعل الانتشار الواسع لهذه المعالجات قد قلل من هيمنة الأطباء النفسيين واحتكارهم ، وساهم في جذب العديد من المعالجين من غير الأطباء إلى ميدان العلاج النفسي . وكما سنرى في فصول لاحقة ، فليست كل هذه المعالجات المختصرة تعد سيكودينامية ؛ ففي بعض الأحيان تكون المعالجات شديدة الشبه بتقنيات التدخل في الأزمات . وأخيراً ، تُعتبر العديد من أشكال العلاج المختصر ذات توجه انتقائي (Garfield, 1989) .

ورغم أن بعضهم يرى الحد الأعلى للعلاج المختصر هو 25 جلسة (Butcher & Koss, 1978) ، إلا أن بعضهم الآخر يرى أن مداها قد يمتد من جلسة واحدة (Bloom, 1981) ، إلى 40 أو 50 جلسة (Sifneos, 1972) . وعلى أية حال ، لا يبدو بأن المسألة تتعلق بعدد الجلسات ، بقدر ما تتعلق بتوزيع الوقت المخصص للعلاج (Budman & Gurman, 1983) ، وبالحالة الذهنية للمريض والمعالج على حد سواء . وبين الجدول 1-12 بعض المقارنات بين العلاج النفسي طويل الأمد وقصير الأمد .

وتنضي الأحداث بسرعة في العلاج الموجه للأزمات ، وبالتالي لا يعود السعي نحو الاستبصار عملية ترفية ، كتلك التي تنصف بها أشكال العلاج النفسي التقليدي ؛ بل تتم مواصلة العمل (working through) على حل المشكلة المقصودة . والهدف النهائي هنا ليس إعادة بناء شخصية المريض ، بل تطوير الأداء المعقول ، والقدرة على التعامل مع المشكلات اليومية بصورة أفضل . كما ويُشجّع المريض على التحويل ، طالما أنه وسيلة تضمن إدراك المريض للمعالج على أنه مفيد وكفؤ وفعال .

وتتعدد التقنيات الخاصة بالعلاج المختصر، ولكن القاسم المشترك بينها هو مواصلة التركيز على أهداف واقعية، واضحة، ومحددة. وعادةً ما يكون مستوى نشاط المعالج عالياً، ويكون كلٌّ من المعالج والمريض واعياً بعنصر الوقت. وقد يلجأ المعالج إلى استخدام الواجبات المنزلية، ويشارك الأقارب أو الأشخاص المهمين في حياة المريض في خطة العلاج. وربما يستخدم أنشطة داعمة خارج العلاج (مثل الرياضة والجماعات المجهولة). ويبدو أن هنالك مرونة كبيرة في الأنشطة العلاجية، بحيث يتجاوز العلاج المختصر ذلك البعد السيكودينامي المتشدد.

الجدول 12-1 التقييمات المقارنة في العلاج طويل الأمد مقابل قصير الأمد

| المعالج بالأسلوب طويل الأمد | المعالج بالأسلوب قصير الأمد |
|--|---|
| يسعى لإحداث التغيير في الشخصية الأساسية. | يفضل التدخل العلاجي البراجماتي والاقتصادي والأقل تطرفاً، ولا يؤمن بفكرة "لشفاء". |
| يعتقد بعدم احتمال حدوث التغيرات النفسية ذات الدلالة في الحياة اليومية. | يؤمن بالفسفرة على تطور الراشدين وغيرهم (adult-development)، وباحتمية حدوث التغيير النفسي ذي الدلالة. |
| يرى ما يعرض من مشكلات على أنها تعكس مرضاً أساسياً. | يركز على قوى المريض ومصادره، ويتم التعامل مع المشكلات الحالية بجدية (لكن ليس بالضرورة كما تبدو في الظاهر). |
| يريد أن "يكون موجوداً وحاضراً" عند حدوث تغيرات مهمة عند المريض. | يتقبل حدوث العديد من التغيرات "بعد العلاج"، تغيرات لا تكون ملاحظة من قبله. |
| يرى بأن للعلاج صفة "لا محدودة"، وهو صبور وقادر على انتظار حدوث التغيير. | لا يقبل بـ"لا محدودية" بعض أنواع العلاج. |
| لا شعورياً، يرى أنه من الملائم مالياً إبقاء المرضى في العلاج طويل الأمد. | هناك تقليل من أهمية المسائل المالية عادةً، وذلك لطبيعة ممارسة المعالج، أو مؤسسات إدارة الرعاية الصحية وتغطيتها لنفقات العلاج. |
| يرى بأن العلاج النفسي صحي ونافع في كل الأوقات تقريباً. | يرى بأن العلاج يكون مفيداً في بعض الأحيان، وضاراً في أحيان أخرى. |
| يرى وجود المريض في العلاج على أنه أهم جزء في حياته. | يرى بأن وجود المريض في العالم أهم من وجوده في العلاج. |

المصدر: مأخوذ من (The Practice of Brief Therapy. By S. H. Budman, and A. S. Gurman, Professional Psychology Research and Practice, 1983, 14, 277-292. APA).

وقد أيدت الدلائل التجريبية فعالية الأشكال المختصرة من العلاج النفسي في عدة مواقف إكلينيكية (Koss & Shaiang, 1994) ، كما تشير النتائج إلى أن العلاج النفسي السيكوندينامي المختصر ، قد يكون فعالاً كفعالية التحليل النفسي التقليدي طويل الأمد (Koss, Batcher, & Strupp, 1986) . وهناك دراسات تحليل بعدي تستحق الذكر هنا ؛ إذ وجد سقارتبيرج وستايلز (Svarthberg & Stiles, 1991) أن تلقي العلاج النفسي السيكوندينامي أفضل من عدم تلقي العلاج ، إلا أن أثاره أقل تأثيراً مقارنةً بأشكال أخرى من العلاج المختصر ، خصوصاً العلاج المعرفي-السلوكي . وبالرغم من أن كريستس-كريستوف (Cris-Cristoph, 1992) قام أيضاً بدراسة تأثير العلاج السيكوندينامي المختصر ، إلا أن التحليل الذي قام به لم يشمل إلا الدراسات التي استخدمت الدليل العلاجي كجزء من منهجية البحث ، وقد وجد بدوره أن تلقي العلاج النفسي السيكوندينامي المختصر يتفوق على عدم تلقي العلاج ، بصورة واضحة . وبعبارة ما توصل إليه سقارتبيرج وستايلز (1991) ، فقد وجد بأن أثار العلاج المختصر مساوية تقريباً لآثار المعالجات النفسية الأخرى .

العلاج النفسي البين-شخصي: المعالجة المدعمة تجريبياً

Interpersonal Psychotherapy: An Empirically Supported Treatment

هنالك نوع من المعالجات النفسية المختصرة ذات الطابع السيكوندينامي ، يستحق الذكر هنا ، إذ لقي اهتماماً شديداً من قبل أبحاث العلاج النفسي ، وبرز ضمن عدة تعليمات للممارسة المهنية ؛ إنه العلاج النفسي البين-شخصي (Klerman Wiessman, Interpersonal Psychotherapy-IPT) (Rounsaville, & Chevron, 1984) . وهذا العلاج يُعدّ منحى مختصراً ذا توجه استبصاري ، تم تطبيقه بصورة رئيسية في معالجة اضطرابات الاكتئاب ، ثم عُدد ليتم استخدامه في علاج اضطرابات أخرى أيضاً (مثل الإدمان على العقاقير والشره المرضي) . وعند استخدام هذا النوع من العلاج لمعالجة الاكتئاب ، فهو يتضمن التقييم الشامل للأعراض الاكتئابية ، وتحديد المشكلات الأساسية (مثل الحزن المؤجل ، أو تغير الدور ، أو النزاع على الدور ، أو الصعوبات البين-الشخصية) ، والتخفيف من الأعراض الاكتئابية بتحسين العلاقات مع الآخرين (كتطوير مهارات الاتصال والمهارات الاجتماعية) . وقد أظهر العلاج البين-شخصي فعاليةً في علاج نوبات الاكتئاب الحادة ومنع تلك النوبات أو تأجيل عودتها (Weissman & Markowitz, 1994) وبين لنا التوضيح 3-12 المميزات والخصائص الرئيسية للعلاج النفسي البين-شخصي .



لمحة موجزة (1-12) :

أ. د. هانز ه. ستروب

Hans H. Strupp Ph.D.

(جامعة فاندربيلت)

د. هانز ستروب أستاذ متميز في جامعة فاندربيلت - وهو خبير في مجال أبحاث العلاج النفسي والعلاج النفسي السيكودينامي - وقد نشر من المقالات والكتب وفصول الكتب ما يزيد عن المئتين ، كما يعد واحداً من أكبر الرواد المؤثرين في أبحاث العلاج النفسي - وقد حاز على عدة جوائز ، منها جائزة الرابطة النفسية الأمريكية (APA) للإسهام العلمي المميز ، وجائزة جمعية البحث العلاجي النفسي للإسهام المهني المميز ، وجائزة الرابطة النفسية الأمريكية (APA) للإسهام التخصصي المميز في المعرفة .

ولعل أشهر ما عُرف به الدكتور ستروب هو أبحاثه غير المسبوقة حول عملية العلاج النفسي ، السيكودينامي بالتحديد - ففي دراسة فاندربيلت الأولى (Vanderbilt) ، قام ستروب وزملاؤه بدراسة ما إذا كان المعالجون النفسيون المحترفون ، والذين تلقوا تدريباً في هذا المجال ، سيحصلون على نتائج أفضل من المدرسين الجامعيين غير المدربين (في مجال العلاج النفسي) بصورة ذات دلالة معنوية ، وذلك في علاجهم لمجموعة من الطلبة الجامعيين الذين يعانون من القلق المزمن والاكتئاب والانسحاب الاجتماعي . وكما كان متوقعاً ، دلت النتائج على أن تلقي العلاج النفسي كان أفضل من عدم تلقي العلاج بصورة دالة - ولكن المفاجئ هو أن نتائج الذين عولجوا من قبل الأساتذة الجامعيين كانت مساوية لنتائج الذين عولجوا من قبل المعالجين المحترفين . وقد بينت التحليلات الإضافية أن المعالجين المحترفين كانوا في أوج فعاليتهم مع المرضى الذين يتسمون بالدافعية العالية للعلاج النفسي ، والقادرين على إنشاء علاقة جيدة مع المعالج منذ بداية العلاج ، وليست لديهم مشكلات على صعيد التفاعل مع الآخرين منذ أمد طويل .

وقد ركزت البحوث اللاحقة للدكتور ستروب على التحالف العلاجي ، وكيفية تأثيره على النتائج ، والفروق الفردية لدى كل من المريض والمعالج ، والتي تؤثر في النتائج ؛ والعلاج النفسي السيكودينامي المختصر ؛ والعلاج المعتمد على الدليل العلاجي ؛ وتدريب المعالجين النفسيين . وينظر كلا العلماء والممارسين إلى أبحاثه باحترام ؛ إذ أنه يُخضع الموضوعات الإكلينيكية للدراسة التجريبية . وهو يؤمن أن الممارسة الإكلينيكية والعلم الإكلينيكي يمكن أن يتما بعضهما بعضاً ، وذلك بتزويد كل منهما الآخر بالمعلومات .

ينبغي أن يقود البحث إلى تعديل الممارسة ، والتي ينبغي لها أن تخضع بدورها إلى المزيد من التحري الدقيق . . . وإذا كان على المجال (البحث في العلاج النفسي) أن يتطور ، فينبغي أن يزداد اعتماده على البحث التجريبي ، وأن يقاوم الأحكام السلطوية وغير العملية التي ما زالت متفشية فيه (Strupp, 1990, p. 318)

ولمعرفة بعض الملامح الأخرى الحادة والمعيرة حول المؤثرات التي ألقت بظلالها على حياة ستروب ومسيرة المهنة ، نوصي بقراءة كتابه "تأملات في مهنتي في علم النفس الإكلينيكي" (Strupp, 1990) (Reflections on My Career in Clinical Psychology)

تقييم موجز للعلاج النفسي السيكوندينامي

Summary Evaluation of Psychodynamic Psychotherapy

في هذا الجزء ، سنقوم باستعراض سائر أشكال التقييم التجريبي المتاحة ، وتقديم بعض الملاحظات العامة حول الممارسات العلاجية ، التي تعود جذورها إلى أساليب التحليل النفسي .

هل للعلاج النفسي السيكوندينامي أية جدوى؟

Does Psychodynamic Psychotherapy Help?

ما هي الأدلة المتاحة التي تبين فعالية الاتجاه السيكوندينامي وتأثيره؟ لقد استعرضنا في الفصل السابق دراسة التحليل البعدي التي قام بها م . ل . سميت وجلاس وميلر (1980) ، والتي بحثت في تأثير العلاج النفسي . وإضافة إلى دراستهم لآثار العلاج النفسي بشكل عام ، وجد هؤلاء الباحثون أيضاً تأثير أنواع مختلفة من التدخل العلاجي النفسي بشكل مستقل . وقد وجدوا أن أداء الأشخاص العاديين الذين تلقوا علاجاً سيكوندينامياً ، كان أفضل بنسبة 75% من أولئك الذين لم يتلقوا أية معالجة . وقد قامت دراستان حديثتان بتقصي تأثير العلاج السيكوندينامي المختصر ، إلا أن نتائجهما كانت متناقضة ، فقد دعمت إحدهما فعالية هذا العلاج (Crits-Christoph, 1992) بينما لم تدعم الأخرى ذلك (Svarberg & Stiles, 1991) . وأخيراً ، وفي مراجعة انتقائية قاما بها لدراسات رئيسية أجريت خلال الأربعين عاماً الماضية ، وجد ماك ويليامز ووينبرجر (McWilliams & Weinberger, 2003) أن العلاج النفسي التحليلي والعلاج النفسي السيكوندينامي تمتعا بالفعالية والتأثير . واعتماداً على هذه النتائج وغيرها ، يمكننا أن نستدل بشكل أولي على وجود دعم بسيط ، على الأقل ، لمدى تأثير العلاج السيكوندينامي . ومع ذلك ، فهناك عدد من الصعوبات المنهجية التي تؤثر في الأبحاث المتعلقة بالعلاج السيكوندينامي (مثل إيجاد أدوات ملائمة لقياس النتائج ومدة العلاج) ، مما يبرر إجراء المزيد من الأبحاث الإضافية .

التفسير والاستبصار Interpretation and Insight

تعتمد العديد من المعالجات النفسية الراهنة إلى حد ما على وصول المريض إلى الاستبصار ، من خلال تفسيرات المعالج . ويبدو أن التحليل النفسي يحتفظ بالتزامه الكلي بالاستبصار ، باعتباره الوسيلة الأهم لحل المشكلات الحياتية . كما يُعتقد بأن أعراض المريض سوف تتحسن أو تختفي كلياً عندما يتحقق الفهم بشكل كافٍ .

إن العلاج النفسي بين-شخصي شكّل من أشكال العلاج السيكونامي ، وقد تم استخدامه في عدد من الدراسات والأبحاث . وبعد أحد الأمثلة على المعالجات المدعومة تجريبياً ، والتي اعتمدتها الشعبة 12 (علم النفس الإكلينيكي) التابعة للرابطة النفسية الأمريكية (APA) وبين وايزمان وماركويتر (Weissman & Markowitz, 1998) المميزات الأساسية لهذا العلاج .

الهدف Focus

يركز هذا العلاج على الارتباط ما بين بدء ظهور المشكلات الإكلينيكية ، والمشكلات بين-شخصية الراهنة (مع الأصدقاء ، والوالدين ، الأقارب) ، والمشكلات الاجتماعية الحالية التي يتم التصدي لها ؛ وليس سمات الشخصية الثابتة أو أنماطها .

المدة Length

تتمد عادةً من 12-16 أسبوعاً .

دور المعالج Role of the IPT Therapist

يكون المعالج هنا إيجابياً ، فعالاً ، غير محايد ، وداعماً . ويلجأ إلى الراقعية والتناؤل في مواجهته للنظرة السلبية والتشاؤمية للمريض . ويركز المعالج على إمكانية التغيير ، ويوضح الخيارات التي قد تؤدي إلى التغيير الإيجابي .

مراحل المعالجة Phases of Treatment

1 . المرحلة الأولى (تتمد إلى 3 جلسات) : تتضمن التقييم التشخيصي ، والتاريخ النفسي ، وتقييم الأداء على مستوى العلاقات بين-شخصية ، ومدى معرفة المريض بطبيعة حالته الإكلينيكية (كالاكتئاب) . ويقوم المعالج بصياغة صعوبات المريض إكلينيكية ، وذلك بربط الأعراض بالمشكلات وبالمسائل والمواقف بين-شخصية الراهنة .

2 . المرحلة الثانية : يتم تحديد الاستراتيجيات والأهداف المطلوبة ، وذلك اعتماداً على المجال الذي تم اختياره من المشكلات بين-شخصية (مثل الحزن ، أو تغير الدور ، أو النزاع على الدور ، أو الصعوبات بين-شخصية) . فمثلاً عند معالجة النزاع على الدور ، يتم التركيز على مساعدة المريض على استكشاف العلاقات التي تسبب مشكلة له ، وطبيعة المشكلات ، والخيارات المتاحة لحلها . وإذا ما تم الوصول إلى طريق مسدودة في العلاقة ، يقوم المعالج بمساعدة المريض على إيجاد وسائل تطوير ما يعيق التقدم العلاجي ، أو إنهاء العلاقة .

3 . المرحلة الثالثة (تستغرق من جلستين إلى ثلاث) : يتم تعزيز تقدم العميل وتدعيم خبراته في السيطرة على الأعراض . ويقوم المعالج بتعزيز إحساس المريض بالثقة والاستقلال . كما يتم مناقشة طرق التعامل مع الأعراض الإكلينيكية ، التي يمكن أن تعود مرة أخرى .



لمحة موجزة عن :

د. علي خديوي

Ali Khadivi, Ph.D.

د. علي خديوي أخصائي ممارس في علم النفس الإكلينيكي ذو توجه سيكودينامي ، وقد منح درجة الدكتوراة عام 1990 من المعهد الجديد للبحوث الاجتماعية في مدينة نيويورك ، وبعد أن تدرّب كمقيم في مستشفى مركز كورنيل الطبي في وايت پليز في نيويورك ، قام الدكتور خديوي بنشر مقالات في مجال التقييم النفسي ، وقد أعطى دروساً في تقييم الشخصية والمقابلة الشخصية . كما أدار ورشات عمل حول الاضطرابات الدورية ، ومعالجة الحالات لصعبة . وفيما يلي إجابات د. خديوي عن عدد من الأسئلة التي تتعلق بخلفيته واهتماماته الإكلينيكية وممارسته المهنية .

■ حدثنا عن خلفيتك واهتماماتك الإكلينيكية .

أعمل حالياً كأخصائي نفسي مشرف في مركز مستشفى برونكس-ليمان ، وهو مستشفى خاص يقع في جنوب برونكس في نيويورك . كما أنني أدرّس كأستاذ مساعد في كلية ألبرت أينشتاين للطب وجامعة فوردهام والمعهد الجديد . وأقوم بتقديم الخدمات المباشرة والاستشارات النفسية لقسم الطب النفسي . كما أنني أجري الأبحاث الإكلينيكية وأشارك فيها ، وأدرّس التقييم الطبي النفسي للأطباء النفسيين المقيمين ، وأقوم بإدارة برامج العلاقات الخارجية في المستشفى . وعلى مستوى الجامعات ، أقوم بتدريس التقييم الإكلينيكي والقضائي لطلبة علم النفس الإكلينيكي . أما مجالات اهتمامي ، فهي تقييم الشخصية ، علم النفس القضائي ، وعلم الأمراض النفسية المرتبطة .

■ ما هي أنواع الخدمات التي تقدمها؟ ولمن؟

إنني مستشار في الخدمات الطبية النفسية للمرضى المقيمين ، وأقوم بالعلاج والتشخيص النفسيين . وأتعامل عادةً مع الأمريكيين من أصول لاتينية وأفريقية ، ومن ذوي المستويات الاقتصادية المنخفضة .

ومعظم المرضى في المستشفى لديهم تشخيصات إكلينيكية متعددة ، بما فيها الإدمان على أكثر من مادة مخدرة . كما أنني أقوم بممارسة مهنتي في عيادة خاصة في نيويورك ، حيث غالباً ما أرى مرضى من ذوي المستويات العليا من الأداء . وإضافة إلى العلاج النفسي ، فإنني أقوم بالتقييم الإكلينيكي والقضائي .

■ ما هو أكثر ما تستمتع به في عملك الإكلينيكي؟

إن أكثر ما يشعرنني بالرضا في العلاج النفسي هو إيجاد التواصل الصادق والأصيل والمشاطف مع المريض . وكذلك الأمر في التقييم الإكلينيكي ، فالتفهم للمشاطف الذي يمكن تطويره من خلال تطبيق الاختبارات النفسية مصادر استمتاع كبير بالنسبة لي .

■ ما هو أكبر تحدٍ تواجهه كممارس للمهنة؟

أكبر تحدٍ في العمل في داخل المدن هو مدى تعقيد مشكلات المرضى . إذ أن للواحد منهم عادةً عدة تشخيصات طبية نفسية ، إضافة إلى الإدمان على العقاقير ، والمشكلات الطبية والاضغوط البيئية الشديدة . وبشكل التقييم والعلاج النفسي لمثل هؤلاء الأفراد ، تحدياً كبيراً . كما أن البيانات التجريبية في علم النفس الإكلينيكي حول هذه الفئات السكانية ، تكون محدودة عادةً في توجيهها لعمليات التشخيص والعلاج .

■ هل تدلّك البحوث بما يمكنك عمله؟ وإذا كان ذلك صحيحاً ، فكيف قمت بتعديل ممارستك المهنية مع العملاء ، بحيث تكون أكثر فعالية؟

تلعب البحوث دوراً مهماً في عملي الإكلينيكي والقضائي . فبالرغم من أن توجهي النظري ذو أصل سيكودينامي ، إلا أنني أستخدم التدخلات العلاجية المعرفية والسلوكية للدعم تجريبياً في ممارستي في المستشفى ، وفي عملي الخاص أيضاً . كما غيرت أبحاث التقييم من ممارستي المهنية : إذ أنني ألجأ إلى المقابلات شبه المقننة في التقييم الإكلينيكي والقضائي . لقد ابتعدت عن التوجه التقليدي لاستخدام بطاريات الاختبارات ، وتوجهت نحو تقييم أكثر مركزية ، يعتمد على المقاييس المتعددة ، والتقارير الذاتية ، والمقاييس الأدائية ، وهي مقاييس موحدة ومتكاملة . إضافة إلى ذلك ، فإنني أقوم باستخدام أساليب لتغذية الراجعة للتدخل العلاجي النفسي ، وفي معظم التقييم النفسي الذي أمارسه .

ولهذا التركيز على السعي وراء الفهم تأثير كبير على العديد من الناس . فمثلاً ، مع أن الكثير من الأشخاص الحزينين مثلاً ، يبحثون عن السعادة كهدف علاجي ، إلا أن معظمهم لا يرضى بذلك ، بل يريد معرفة السبب من وراء شعورهم بالحزن . ومع أن التزام المحللين النفسيين بالاستبصار والفهم يعدّ مصدر قوتهم الأعظم ، إلا أنه يحمل أيضاً بذور فشلهم . ففي حالة العلاج بالتحليل النفسي بشكل خاص ، يمكن إعادة بناء الشخصية من خلال الاستبصار ، والمهم أن يؤدي هذا الاستبصار إلى التقصي الحثيث واللامحدود لأحداث الماضي والدوافع الكامنة لدى الفرد . ورغم أنه من الصعب لوم التحليل النفسي لتأكيداته على أهمية الماضي في "تشكيل" الحاضر ، إلا أن هذا الأمر يحمل الكثير من الدلالات . فأحياناً ، قد يبدو أن المريض يستخدم حاجته للفهم وتعقب أحداث الماضي كمبرر لعجزه عن السيطرة على مشكلاته الحالية . إن التحليل اللانهائي للصراعات والدوافع ، وجذورها التي تعود إلى الطفولة ، يمكنه بسهولة أن يحل محل الحاجة إلى إيجاد الحلول والبدائل السلوكية لمشكلات الحياة . فقد تكون معرفة أسباب مشكلات الفرد مهمة (وبالتالي فعالة إذا ما استطاع الفرد تعميم حلوله ، بدلاً من البقاء على مستوى الحلول المجزأة) ، إلا أن الفشل في التركيز على طرق سلوكية بديلة ، قد يكون مأخذاً رئيسياً على التحليل النفسي التقليدي .

وغالباً ما يتضمن التحليل النفسي افتراضاً ضمنياً بأن السلوك التكيفي يتم ألياً بمجرد الوصول إلى الاستبصار ، وذلك بعد مواصلة العمل على الفهم الشعوري والوعوي بالمشاعر ، أي أن التغيير

السلوكي سبب الاستبصار مباشرةً بالتأكيد . إلا أن الدلائل المؤيدة لهذا الافتراض ضئيلة للغاية ، وفي الحقيقة ، يعتقد بعضهم أن الأحداث تتبع نمطاً معاكساً تماماً ؛ فهم يرون أن الاستبصار يأتي نتيجةً للتغير في السلوك (Alexander & French, 1946).

ويعد تفسير التحويل أحد الطرق الرئيسية المستخدمة من قبل الأخصائيين الإكلينكيين السيكو ديناميين ، وذلك لتشجيع حدوث الاستبصار لدى المريض . ولدى مراجعتهم للدراسات التجريبية التي تناولت تفسير التحويل في العلاج السيكو دينامي ، قدم هنري وزملاؤه (W. P. Henry et al., 1994) النتائج العامة التالية :

- 1 . إن تكرار التفسير لا يرتبط بنتائج أفضل . في الحقيقة ، وجدت بعض الدراسات أن هذه الزيادة في تكرار التفسير ارتبطت بنتائج أسوأ .
- 2 . إن تفسيرات التحويل لا تقود بالضرورة إلى درجة أعلى من الخبرات الوجدانية لدى المريض ، مقارنةً بأنواع أخرى من التفسير أو التدخل العلاجي . ولكن يبدو أن هذه التفسيرات ترتبط بنتائج إيجابية ، إذا ما تبعتها استجابات انفعالية .
- 3 . عادةً ما تثير تفسيرات المعالج استجابات دفاعية من قبل العميل ، أكثر من التدخلات العلاجية . كما أن تفسيرات التحويل المتكررة يمكنها أن تؤذي العلاقة العلاجية .
- 4 . إن مستوى دقة الإكلينكيين في التفسير هي في الواقع أقل مما كان يُعتقد سابقاً .

وتتمثل النتيجة التي توصل إليها هؤلاء الباحثون بأن : "النتائج المتوافرة تتحدى بعض المعتقدات الشائعة بدرجة كبيرة . وباختصار ، لا يبدو أن تفسيرات التحويل فعالة بشكل متميز ، وقد تشكل مخاطر كبيرة في وجه العملية العلاجية ، كما أنها قد تكون معيقة للعلاج في ظروف معينة" (W. P. Henry et al., 1994, p. 479) .

وهذا لا يعني أن تفسيرات التحويل مؤذية دائماً وينبغي تجنبها ؛ بل إن الدراسات المتوافرة تشير إلى أن العلاقة بين التفسير والنتائج العلاجية هي علاقة معقدة ، وتعتمد على عوامل مثل صفات المريض وأسلوب الأخصائي الإكلينيكي في التعامل ، وتوقيت التفسيرات ودقتها (W. P. Henry et al., 1994) .

عوامل الشفاء Curative Factors

إذن ، ما هي العوامل التي يبدو أنها مسؤولة عن النتائج الإيجابية التي تتبع العلاج النفسي السيكو دينامي؟ تشير الدلائل التجريبية هنا إلى نوعية التحالف العلاجي وقوته

(W. P. Henry et al., 1994) . وبالرغم من ارتباط نوعية التحالف العلاجي بالنتائج الإيجابية في العديد من أشكال العلاج النفسي (كالعلاج المتمركز حول العميل ، والعلاج المعرفي-السلوكي) ، إلا أنه من المثير للاهتمام أن نعلم أن فرويد قد أدرك ، منذ وقت مبكر (1912/1966) ، أهمية العلاقة ما بين الإكلينيكي والمريض . ومع أن هناك عدة تعريفات مختلفة للتحالف العلاجي ، إلا أن هذا التعبير يشير بشكل عام إلى الرابطة الوجدانية بين المريض والمعالج النفسي . فالعلاقة الإيجابية أو الرابطة المتينة ، من شأنها أن تسهل عملية استكشاف الذات لدى المريض ، كما تسمح بالتفسير أيضاً . ويفترض أن التحالف العلاجي القوي يقلل من ردود الأفعال الدفاعية للمريض نحو تفسيرات الأخصائي الإكلينيكي . وتشير نتائج الأبحاث إلى وجود ارتباط مباشر بين التحالف العلاجي ونتائج العلاج ، سواء كانت المعالجات قصيرة الأمد أو طويلة الأمد ، وذلك بغض النظر عن المقياس المستخدم في معرفة نتائج (W. P. Henry et al., 1994) .

وقد ألفت إحدى الدراسات الحديثة الضوء على عدد من الأمور التي تؤثر في التحالف العلاجي ونتائج العلاج . فقد قام هيليارد وهنري وستروب (Hilliard, Henry, & Strupp, 2000) باختبار الافتراض القائل إن العلاقة الوالدية المبكرة لكل من المريض والمعالج (كمؤشرات على العلاقة بالموضوع لكلا الطرفين) تؤثر في نوعية التحالف العلاجي (أحد متغيرات عملية العلاج) ونتائج العلاج . وقد دعمت النتائج افتراضهما بشكل عام . وكان تقرير المعالجين والمرضى حول علاقاتهما الوالدية المبكرة ، مرتبطاً بصورة دالة بتقديرهما لعلاقة التحالف العلاجي . كما ارتبطت تقديرات المرضى بصورة دالة بالتاريخ الوالدي المبكر ، حتى بعد ضبط متغيرات التحالف العلاجي . وعليه ، توضح الدراسة مدى أهمية التاريخ الوالدي المبكر للمريض ، على كل من عملية العلاج النفسي السيكوندينامي ونتائجه .

نقص التركيز على السلوك The Lack of Emphasis on Behavior

فيما عدا قيامه بالتفسير ، فعادةً ما يكون دور الممارس التقليدي بالتحليل النفسي سلبياً نسبياً . كما أن فشله في التعامل مع السلوك ، أو تقديم الاقتراحات ، أو تبني وضع أكثر حيوية ودور أكثر نشاطاً ، يساهم في إطالة أمد العلاج النفسي دون داع . فقد يكون صحيحاً مثلاً أن عدم رضا المريض عن تكيفه الجنسي الغيري ، أو نقص مهاراته في التعامل مع النساء ناجم عن تعميمات لاشعورية ، لمقارنات مبكرة غير إيجابية ، بينه وبين أخيه المسيطر . إلا أن الاستبصار البسيط بأصل المشكلة ، لا يزود المريض بما يفتقر إليه من مهارات ، وستبقى توقعاته بالنجاح في تكوين علاقات مع الجنس الآخر متدنية ، وتشكل مصدراً للقلق ؛ إلى أن يكون مخزوناً سلوكياً غيرياً (heterosexual) ،

يساعده في تكوين علاقات لاحقة مع الجنس الآخر . ولا يكتفي المعالج الفعال بإعطاء تفسيرات تساعد على حدوث الاستبصار فحسب ، بل ويوجه المريض إلى مواقف تعلّمية جديدة ، تسمح بتحقيق حلول دائمة لمشكلاته ، مقارنةً بالمعالج الذي يعتمد على مجرد حدوث الاستبصار (أو حتى على السلوك فقط) . ويبدو من الواضح أن واحداً من الأسباب الرئيسية لظهور المعالجات السلوكية بهذه الصورة السريعة ، هو فشل العديد من المعالجين النفسيين في التعامل المباشر مع مشكلات محددة لدى المرضى . إذ أن المنحى السيكوندينامي هو امتداداً للحتمية النفسية التي تُرجع المشكلة المطروحة إلى أعراض ذات جذور عميقة ، فيبدأ المعالج بالعمل مع هذا "الشيء الأعمق" ، متمسكاً بإيمانه بأن فهم المريض لهذا الشيء الأعمق ، سيؤدي حتماً إلى اختفاء أعراضه . ولسوء الحظ ، فإن الأمور لا تسير بهذه الصورة دائماً . وعلى أية حال ، فإن نسبة المعالجين الذين يحاولون تعزيز كلا البديلين عند مرضاهم ، في تزايد مستمر .

اقتصاديات العلاج النفسي The Economics of Psychotherapy

يُعدّ التحليل النفسي (إعادة بناء الشخصية) عمليةً طويلةً ومُكلفةً ؛ إذ أنه يستغرق من 3 إلى 5 سنوات ، كما أن الإعداد المكلف للأخصائيين الذين يمارسون التحليل من شأنه الإبقاء على كلفته الباهظة . وبالتالي فقد أصبح التحليل النفسي علاجاً مقتصراً على الموسرين ؛ أولئك الذين لديهم المال والوقت الكافيين للبحث عن حلول لعُصباتهم . إضافةً إلى ذلك ، فإن إجراءات التحليل النفسي بطبيعتها تحتاج إلى الأفراد الأذكياء نسبياً ، والمتقنين وذوي الخبرة في الحياة ؛ وذلك لكي يكونوا قادرين على تقبّل متطلبات العلاج . ولهذه الأسباب ، فإن نسبةً بسيطةً فقط ممن يحتاجون إلى تلقي العلاج ، هم الذين يمكنهم اللجوء إلى التحليل النفسي التقليدي . فالفئات الفقيرة وغير المثقفة والأقليات وكبار السن وذوو الاضطراب الشديد ، وأولئك الذين بهجسون بأعباء الحياة وبعدم قدرتهم على مواكبتها ، كلهم مرضى غير مهئين للتحليل النفسي عادةً .

ولهذه الأسباب وحدها ، يعتبر الكثيرون أن العلاج بالتحليل النفسي علاجٌ فاشل . فهو بطبيعته غير قادر على ترك أي أثر في المشكلات المتعلقة بالصحة النفسية . ومع ذلك ، يبقى التحليل النفسي مفيداً بالنسبة للمرضى الذين لديهم الخصائص الشخصية الملائمة والقدرة المالية ، خصوصاً أولئك الذين يكون أفضل حل لمشكلاتهم هو تطوير فهمهم لذواتهم .

ويبدو أن الأساليب التحليلية قد ساعدت العديد من المرضى في جلسات العلاج ، كما أن التحليل النفسي كنظرية يعد أساساً للعديد من أنواع العلاج . ومع ذلك ، وبعد كل هذه السنين ، يشكك العديد من الإكلينيكين بوجود أدلة علمية حاسمة على فعالية التحليل النفسي . وتجد هذه

الشكوك صدى لها عند وولبي (Wolpe, 1981) ، فعلى الرغم من عدم حياديته ، ينتقد وولبي تحديداً الطريقة التحليلية التي تجعل المرضى يمكثون في العلاج لفترات طويلة ، وخصوصاً حين لا يكون هنالك أي دليل على حدوث التحسن . ويسوق وولبي بعض الأمثلة التي قدمها شمابدبرج (Schmidberg, 1970) ، ففي إحدى الحالات ، استمر رجل عمره 54 عاماً مدة 30 سنة ، في العلاج التحليلي دون أي تحسن يذكر . كما يشير إلى أن إحدى النساء التي لجأت للتحليل النفسي دون وجود أعراض محددة لديها ، طورت لاحقاً أعراض الرهاب من الأماكن المفتوحة (agoraphobia) ، وبعد 12 سنة من العلاج ، أصبحت أسوأ مما كانت عليه في بداية العلاج . وعلينا الإقرار هنا بأن لكل نوع من أنواع العلاج النفسي نصيبه من قصص الرعب ، ولكن اجتماع العلاج المطول مع تدني التحسن ، أمرٌ يثير التساؤل حتماً .

إلا أن تطور أشكال مختصرة من العلاج السيكودينامي يعد أمراً مشجعاً على أية حال . فالتحليل البعدي الذي قام به كريستس-كريستوف (1992) يشير إلى أن المعالجات السيكودينامية المختصرة التي تتضمن استخدام الدليل العلاجي ، تُظهر نتائج علاجية أفضل (مقارنةً بالمعالجات التي لا يتم فيها استخدام الأدلة) ، وفي بعض الحالات قد تكون مساوية لنتائج أشكال أخرى من العلاج النفسي المختصر . وبالإضافة إلى أن هذه النتائج هي بمثابة مصدر تشجيع للمعالجين من ذوي التوجه السيكودينامي ، فهي أيضاً تساعد على حثهم نحو إتقان استخدام المعالجات السيكودينامية المختصرة ، المبنية على الأدلة العلاجية ، والمدعمة تجريبياً ؛ مثل العلاج البين-شخصي (Markowitz, 1998) . فهذا الاتجاه يمكن الدفاع عنه علمياً ، كما يمكن تطبيقه على مستوى مؤسسات الخدمات الصحية .

ملخص الفصل Chapter Summary

انبثق التوجه السيكودينامي في العلاج النفسي من أعمال سيجموند فرويد ، وهو يركز على تحليل الخبرات الماضية ، ويشدد على أهمية الدوافع اللاشعورية والصراعات ، في بحثه عن أصل السلوك وجذوره . وحتى هذا اليوم ، هناك نسبة كبيرة من الأخصائيين الإكلينكيين الذين ينتمون في توجههم العلاجي إلى أصل سيكودينامي . ووفقاً لهذا التوجه النظري ، فإن المشكلات النفسية تنشأ نتيجة المتطلبات المتصارعة لكل من الهو والأنا والأنا الأعلى والواقع . وتهدف أساليب العلاج السيكودينامي إلى الكشف عن الصراعات والدوافع اللاشعورية ، مثل تفسير الأحلام ، والتداعي الحر ، والتحويل .

وعلى مدى السنين ، حدثت تعديلات مهمة على التحليل النفسي نظريةً وعلاجاً ، وذلك من قبل الفرويديين الجدد وعلماء نفس الأنا وغيرهم . كما أن العلاج السيكودينامي المختصر يعد تطوراً مهماً في هذا المجال ؛ حيث تكون مدة العلاج فيه أقصر ، ويتم التركيز فيه على الحاضر من حيث المكان والزمان . هذا ، ويعدّ العلاج البين-شخصي شكلاً من أشكال العلاج السيكودينامي المختصر ، الذي لقي دعماً تجريبياً جيداً في علاج الاكتئاب ، وغيره من الحالات .

وتشير الدلائل التجريبية إلى أن الأشكال التقليدية من العلاج النفسي السيكودينامي معتدلة الفعالية ، وأن الأشكال المختصرة المبنية على الأدلة العلاجية ، أكثر فعالية منها . كما يبدو أن العامل الأساسي في الشفاء ، هو نوعية التحالف العلاجي وقوته . لذا ، يجدر بالأبحاث وأوساط الرعاية الصحية أن تدعو الإكلينيكين إلى المزيد من الاعتماد على الأشكال المختصرة من العلاج السيكودينامي ، والمبنية على الأدلة العلاجية .

المصطلحات:

- المرحلة الشرجية (anal stage) : المرحلة النفسية-الجنسية التي تمتد من حوالي الشهر السادس إلى السنة الثالثة من العمر ، ويركز فيها الطفل على عمليات التبول والإخراج ، كمصدر رئيسي للإشباع .
- تفسير الأحلام (analysis of dreams) : تقنية من تقنيات التحليل النفسي ، تهدف إلى إلقاء الضوء على محتويات اللاشعور . إذ تُعتبر الأحلام محمّلة بالأمنيات والرغبات اللاشعورية التي تظهر في الحلم بشكل رمزي ، وعليه فإن تفسير الأحلام يزودنا بإشارات مهمة حول تلك الأمنيات والرغبات .
- العلاج النفسي المختصر (brief psychotherapy) : علاج نفسي قصير الأمد نسبياً ، وازدادت شعبيته بفعل تركيز أنظمة الرعاية الصحية على تقليص عوامل الكلفة . وما يزال العديد من أشكال العلاج المختصر يحتفظ بهويته ، التي تعود إلى التحليل النفسي .
- التفريغ الانفعالي (catharsis) : يعتقد المحللون النفسيون بأن إطلاق الطاقة النفسية (والتي يتم الوصول إليها من خلال استرجاع الأحداث المرتبطة بها ، والتي شكلت الصدمة) له فوائد علاجية مهمة .
- غريزة الموت (death instinct -Thanatos) : الدوافع الداخلية المسؤولة عن جميع المظاهر السلوكية السلبية أو الهدامة .

■ ميكانيزمات الدفاع (defense mechanisms) : الطرق التي يستخدمها الأنا للوقاية من التهديدات ذات المنشأ الداخلي ، من قبل الأنا الأعلى أو الهو (كما يشار إليها أيضاً بدفاعات الأنا- (ego defenses).

■ الأنا (ego) : لعنصر التنظيمي والعقلاني للشخصية . يستخدم الأنا الإدراك والتعلم والتخطيط وغيرها لإشباع حاجات العضوية ، بينما يحافظ على موقعها في العالم في الوقت نفسه .

■ تحليل الأنا (ego analysis) : أحد بدائل التحليل النفسي التقليدي ، ويتسم نسبياً بتقليل التركيز على دور اللاشعور واستكشاف خبرات الطفولة ، وزيادة التركيز نسبياً على الوظائف التكيفية للأنا (مثل الإدراك والتعلم والذاكرة) والخوض في المشكلات الحياتية الراهنة .

■ التثبيت (fixation) : ميكانيزم دفاعي يظهر عندما تبقى الطاقة النفسية الناجمة عن القلق والإحباط مثبتة عند إشباعات مرحلة نفسية جنسية معينة ، وذلك بالرغم من انتقال الفرد إلى مرحلة تالية من مراحل نموه النفسي-الجنسي .

■ التداعي الحر (free association) : قاعدة أساسية في التحليل النفسي ، يُطلب فيها من المريض أن يذكر أي شيء وكل شيء يخطر بباليه . ومع مرور الزمن ، ترسخ الاعتقاد بأن التداعي الحر يلقي بعض الضوء على الأفكار والدوافع اللاشعورية .

■ المرحلة التناسلية (genital stage) : المرحلة النفسية-الجنسية التي تتبع بدء المراهقة ، وتبلغ ذروتها - نموذجياً- في التعبير الجنسي الناضج ، أي عندما تتجه عاطفة الحب نحو أشخاص من الجنس الآخر .

■ الهو (id) : الجزء العميق واللاشعوري من الشخصية ، الذي يحتوي على الدوافع الغريزية . والهو لا يراعي واقعاً أو منطقاً أو أخلاقاً ، ويعمل فقط على إشباع الدوافع الغريزية .

■ الاستبصار (insight) : في العلاج بالتحليل النفسي ؛ هو الفهم التام للمحددات اللاشعورية لتلك الأفكار والمشاعر والسلوكيات المشكلة واللاعقلانية .

■ العلاج البين-شخصي (interpersonal psychotherapy-IPT) : أحد أشكال العلاج المختصر المتمركز حول الاستبصار ، وذات الطابع التحليلي ، والذي يستخدم بشكل أساسي في معالجة الاكتئاب . وهو يعتبر من المعالجات جيدة البناء ، والمدمجة تجريبياً في معالجة هذا الاضطراب .

■ التفسير (interpretation) : إحدى الوسائل التي يستخدمها المحلل النفسي في الكشف عن المعاني اللاشعورية في أفكار المريض وسلوكياته ، مما يساعده على تحقيق الاستبصار . ويعد التفسير حجر الزاوية في جميع أنواع العلاج السيكونودينامي تقريباً .

- مرحلة الكمون (latency stage) : هي المرحلة النفسية-الجنسية التي تمتد من الخامسة إلى الثانية عشرة من العمر ، وتتسم بالهدوء وغياب الاهتمام بالميل الجنسي الصريحة (بل وربما التوجه السلبي نحو كل ما هو جنسي) .
- المحتوى الكامن (latent content) : وهو المعنى لرمزي للأحداث التي تظهر في الأحلام .
- غريزة الحياة ((life instinct (Eros)) : الدوافع الفطرية المسؤولة عن كل ما هو إيجابي وبناء في السلوك .
- المحتوى الظاهر (manifest content) : ما يحدث بالفعل أثناء الحلم .
- القلق الأخلاقي (moral anxiety) : القلق الناشئ عن الخوف من قيام الفرد بفعل يتعارض مع ضميره .
- القلق العصابي (neurotic anxiety) : القلق الناشئ عن الخوف من قيام الهو بالتعبير عن نزعاته دون قيود أو رقابة مما يؤدي إلى حدوث المشكلات .
- عقدة أوديب (Oedipus Complex) : المرحلة التي يشعر فيها الطفل بالانجذاب الجنسي نحو الوالد من الجنس المعاكس لجنسه ، ويشعر بالعدائية تجاه الوالد الذي من نفس جنسه . وينشأ الأنا الأعلى نتيجةً لحل هذه العقدة .
- المرحلة الفمية (oral stage) : المرحلة النفسية-الجنسية الأولى التي تحدث في السنة الأولى من العمر ، حيث يكون الفم هو مصدر المتعة والإشباع .
- المرحلة القضيبية (phallic stage) : هي المرحلة النفسية-الجنسية التي تمتد من السنة الثالثة إلى السنة السابعة من العمر ، وفيها تصبح الأعضاء التناسلية هي المصدر الأساسي للإشباع .
- مبدأ اللذة (pleasure principle) : القاعدة السلوكية التي يقوم الفرد من خلالها بالبحث عن المتعة وتجنب الألم . والجدير بالذكر أن الهو يعمل وفقاً لهذا المبدأ .
- العملية الأولية (primary process) : ذلك النمط من التفكير اللاعقلاني والاندفاعي الذي يميز الهو .
- الإسقاط (projection) : وسيلة دفاعية يعزو فيها الفرد مشاعره لسلبيه اللاشعورية للآخرين ، بقصد حماية نفسه من القلق .
- الحتمية النفسية (psychic determinism) : افتراض أساسي في النظرية الفرويدية ، يقضي بأن كل ما يقوم به الفرد له معنى ، وموجه نحو هدف .
- المراحل النفسية-الجنسية (psychosexual stages) : سلسلة من المراحل النمائية التي حددها فرويد ، والتي يرتبط كل منها بمجال جسدي ، يكون عبارة عن منطقة شبقية .

- التكوين العكسي (reaction formation) : وسيلة دفاعية يتخذ الفرد منها اتجاهاً شعورياً معاكساً لاتجاه أو دافع لاشعوري غير مقبول أو مثير للقلق .
- القلق الواقعي (reality anxiety) : القلق الناشئ عن وجود خطر حقيقي في العالم الخارجي .
- مبدأ الواقع (reality principle) : القاعدة السلوكية التي يؤجل الفرد بموجبها إشباع دوافعه الغريزية ، إلى حين اكتشاف موضوع الإشباع المناسب ، أو الاهتداء إلى وسيلة الإشباع المناسبة . ويعمل الأنا وفقاً لهذا المبدأ .
- النكوص (regression) : وسيلة دفاعية تظهر عندما يؤدي الإحباط الزائد بالفرد إلى الارتداد نحو مرحلة نفسية-جنسية سابقة ، حققت له قدراً كبيراً من الإشباع .
- الكبت (repression) : وسيلة دفاعية أساسية يلجأ إليها الفرد عادةً لإقصاء النزعات الجنسية أو العدوانية المهددة للذات ، أو الذكريات المؤلمة أو المعيبة أو المخيفة ، عن دائرة الوعي أو الشعور أو الإدراك ، وإبقائها مخفية في اللاشعور .
- المقاومة (resistance) : المحاولات التي يقوم بها المريض بقصد إحباط جهود المعالج في تبديد الأساليب العصابية التي يلجأ إليها المريض لحل مشكلاته . فهو أي سلوك أو فعل يقوم به المريض لمنع حدوث الاستبصار أو لمنع استدعاء المادة اللاشعورية إلى الشعور .
- العملية الثانوية (secondary process) : ذلك النمط من التفكير العقلاني الموجه نحو حماية الذات ، والذي يتميز به الأنا .
- الأنا الأعلى (superego) : ذلك المكون من مكونات الشخصية الذي يمثل قيم المجتمع ومثله كما انتقلت إلى الطفل من خلال كلمات الوالدين وأفعالهما . ويتمثل دور الأنا الأعلى بكف أو منع الدوافع الغريزية وغير المقبولة للهو ، وتوجيه الأنا نحو الأهداف بغرض خدمة الغايات الأخلاقية بدلاً من الأهداف الواقعية أو الفورية .
- الشفاء بالكلام (talking cure) : اكتشفه بروب ، ويتمثل باستخدام تلك التقنيات التي تشجع المريض على الحديث ، كوسيلة للتصدي للأعراض العصابية والتخفيف منها .
- التحالف العلاجي (therapeutic alliance) : الرابط الحقيقي ما بين المعالج والمريض . ويُعتقد بأن التحالف العلاجي القوي يساهم بشكل كبير في تحقيق نتائج إيجابية في العلاج .
- التحويل (Transference) : ظاهرة أساسية في العلاج بالتحليل النفسي ، يخبر المريض فيها عدداً من الاتجاهات والمشاعر القوية نحو المعالج ، وكأن المعالج يمثل صورة أو رمزاً للشخص مهم من الماضي بالنسبة للمريض .

- اللاشعور (unconscious) : ذلك الجزء من العقل الذي لا يصل إليه الوعي .
- الدافع اللاشعوري (unconscious motivation) : تلك الدافعية التي تقع خارج نطاق الوعي .
وقد لاحظ فرويد وجود الدافعية اللاشعورية ، وأكد أنها مسؤولة عن السلوك المضطرب بشكل كبير .
- مواصلة العمل أو السّبر (working-through process) : الفحص المستمر الدقيق للطريقة التي تعمل بها الصراعات والدفاعات ، في مختلف جوانب حياة الفرد . وهي العملية التي من خلالها يمكن للتبصر أن يحقق معناه الحقيقي والتام بالنسبة للمريض .

الفصل الثالث عشر

العلاج النفسي

من المنظورين الظواهري والانساني الوجودي

Psychotherapy: Phenomenological and

Humanistic -Existential Perspectives

- 1- ما هي السمات التي تميز المعالج الذي يستخدم العلاج المتمركز حول العميل؟
- 2- كيف ينظر هذا المعالج إلى التشخيص والتقييم الإكلينيكي؟
- 3- ما هي مميزات العلاج المتمركز حول العميل ، وما هي سلبياته؟
- 4- ما هي التقنيات المستخدمة من قبل المعالج الوجودي؟ وتلك التي يستخدمها المعالج الجشططلي؟
- 5- من خلال نتائج البحث المتوافرة ، كيف تقيّم تأثير كل من العلاج المتمركز حول العميل ، والعلاج الجشططلي ، والعلاج الجبروي؟

محتويات الفصل:

- العلاج المتمركز حول العميل .
- الحركة الإنسانية الوجودية .
- العلاج الجبروي .
- تقييم موجز للعلاج الظاهري والإنساني الوجودي .
- ملخص الفصل .

تعود أصول العلاج النفسي التقليدي إلى النظرة التحليلية ، التي تعتبر المرض النفسي وعدم قدرة الفرد على تحقيق إمكاناته ، فشلاً في فهم الماضي . ويُنظر إلى هذا الفشل كنتيجة لقوى داخلية أو صراع بين القوى النفسية . ومن خلال العلاج ، يمكن للمرء أن يتعلم كيفية فهم ذلك كله ، كما أن الاستبصار -الناجم عن العلاج- من شأنه أن يحرر الفرد من مشكلاته وأعراضه ، ومن فشله في عيش حياة بناءة ذات معنى .

ولقد هيمنت هذه النظرة التحليلية على العلاج النفسي مدةً طويلة . ولكن مع بداية أربعينيات القرن العشرين ، أخذت بعض البدائل الحقيقية للعلاج التحليلي بالظهور ، وبدأ العلاج غير الموجه (Nondirective therapy) -الذي سُمي لاحقاً بالعلاج المتمركز حول العميل- بالتشكل على يديّ كارل روجرز (انظر التوضيح 1-13) .

العلاج المتمركز حول العميل Client-Centered Therapy

مع أن المنظور الذي أتى به كارل روجرز معاكس تماماً للتحليل النفسي ، إلا أن هذين المنظورين يلتقيان في عدد من الخصائص . إذ انبثق كلاهما عن خبرات علاجية مع أفراد يعانون من مشكلات نفسية . وعليه ، فمن الصعب فهم أيٍّ من هذين المنظورين بشكل تام ، دون معرفة الطريقة التي ارتبط بها بالعلاج النفسي .

البدايات Origins

يمكن أن تتضح إسهامات روجرز بشكل تام ، إذا ما فهمنا الصورة التي كان عليها عالم الشخصية والعلاج النفسي ، في نهاية الثلاثينيات من القرن الماضي . فقد كان التحليل النفسي -نظرياً وعلاجاً- هو القوة المسيطرة . وبالرغم من وجود نظريات أخرى -لعلماء أمثال چوردن ألبورت (Gordon Allport) وكيرت ليفين (Kurt Lewin)- التي حظيت ببعض الاهتمام ، إلا أن التركيز الحقيقي كان منصباً على تلك النظريات المرتبطة بالعلاج ، مما يعود بنا إلى التحليل النفسي أو إلى بعض النظريات المتفرعة عنه على الأقل . وقد تزايد هذا الاهتمام مع هجرة العديد من رموز التحليل النفسي وأعلامه إلى الولايات المتحدة الأمريكية ، قادمين من أوروبا .

في ذلك الحين ، كان روجرز أخصائياً نفسياً إكلينيكياً مغموراً في روتشستر في نيويورك ، يناضل من أجل حل المشكلات النفسية للأطفال المضطربين . وكالعديد من المعالجين آنذاك ، تعرض روجرز للأفكار التحليلية إلى حد كبير . وبعد أن نال الدكتوراة من جامعة كولومبيا ، بدأ عمله في عيادة لإرشاد الأطفال في روتشستر . وهناك ، تعرّف روجرز على أعمال أوتورانك ، وجيسي تافت . إذ يعتقد رانك أنه ينبغي إتاحة الفرصة للمريض لتأكيد إرادته ، والسيطرة على المعالج ، أما تافت -الأخصائي الاجتماعي الذي أتى بأعمال رانك إلى أميركا- فقد ركز على العلاقة بين المعالج والمريض ، واعتبرها أكثر أهمية من أية تفسيرات عقلية لمشكلات المريض . وعليه ، فقد جعل الموقف العلاجي أكثر تسامحاً مما كان عليه .

وقد اعتبر روجرز هذه التوجهات النظرية فطرية إلى حد كبير ، وأنها تتسجم مع معتقداته الدينية وقناعاته الديمقراطية المتعلقة بطبيعة العلاقات الإنسانية في المجتمع . كما كان يعتقد أن أحداً ليس له الحق في إدارة حياة شخص آخر ، الأمر الذي وجد طريقه لاحقاً إلى أفكاره العلاجية ، والتي تمثلت بالتسامح والتقبل وتجنب إطلاق الأحكام أو إسداء النصح .

العالم الظواهري The Phenomenological World

انبثقت نظرية روجرز في الشخصية بشكل أساسي عن لقاءاته بالمرضى ، وعن بعض الأفكار الفلسفية المتعلقة بطبيعة الإنسان . بالإضافة إلى ذلك ، يعتمد العلاج المتمركز حول العميل على النظرية الظواهريّة (Combs & Snygg, 1959; Greenberg, Elliott, & Lietaer, 2003, Rogers, 1951).

وتقول الظواهريّة (Phenomenology) إن السلوك يتحدد كلياً من خلال المجال الظواهري للفرد . والمجال الظواهري (Phenomenal field) هو كل ما يخبره الشخص في أي فترة من حياته ، وبالتالي ينبغي علينا التعرف على مجال الفرد الظواهري -أي ما هو العالم بالنسبة له- إذا كنا نريد أن نفهم سلوكه . لكن الصعوبة في ذلك تكمن في أننا نستدلّ على هذا المجال من خلال سلوك الفرد ، وقد نستخدم هذا الاستدلال أيضاً لفهم سلوكيات الفرد أو التنبؤ بها ؛ مما يشكل مجازفة حقيقية ، قد تؤدي إلى الدخول في حلقة مفرغة إن لم يكن المعالج حذراً . وكمثال على ذلك ، قد يلاحظ المعالج أن جورج يتصرف بطريقة متوترة قبل أدائه لاختبار ما ، فيستنتج من ذلك أن جورج يشعر حتماً بأن هذا الاختبار يشكل تهديداً له ، وبالتالي يعزو المعالج هذا التوتر إلى الشعور بالتهديد . إن مثل هذه الملاحظة تعد أساساً للاستنتاج وموضوعاً للتفسير في آن واحد .

ولد لي أوك بارك في إلينويس ، في الثامن من كانون الثاني عام 1902 ، وكان الرابع بين ستة أطفال ، ونشأ في أسرة مستقرة مالياً . وعندما كان كارل روجرز في الثانية عشرة من عمره ، انتقل والده -الذي كان يعمل مهندساً مدنياً ومقاولاً- بأسرته إلى مزرعة خارج شيكاغو . وكان والده كارل يحملان معتقدات دينية تكاد تكون متشددة ، وأصبحت الأسرة وحدة صغيرة متعلقة -بما جزئياً- بسبب تلك المعتقدات . وكان لروجرز قلة من الأصدقاء ، وقد أمضى معظم وقته في القراءة وحيداً . وكان طالباً متميزاً في المرحلة الثانوية ، لكنه لم يكن كذلك على الصعيد الاجتماعي .

التحق روجرز بجامعة وسكنسون عام 1919 ليتخصص في الزراعة ، وكان نشطاً فيما يخص العلاقات ذات الصلة الدينية في الجامعة ، خصوصاً في السنتين الأولتين لالتحاقه بها ، حتى أنه حضر آنذاك مؤتمرات دينية في بكين والصين . وقد أعجب روجرز بالتنوع الثقافي الذي شهده أثناء رحلاته تلك ، حتى أن معتقداته الدينية وتقاليد الأسرة أخذت تتزعزع تدريجياً ، وبالتالي بدأت أفكاره الأساسية بالتغير بشكل واضح . وقد تخرج حاملاً لدرجة في تخصص التاريخ من الجامعة عام 1924 .

تزوج روجرز من هيلين إليوت (Helen Elliott) ، وأنجب منها طفليْن . ثم انتقل إلى مدينة نيويورك ، والتحق باتحاد الكليات اللاهوتية مدة عامين . وقد كان اهتمامه المتزايد بالنقد الديني ، ورغبته في مساعدة الآخرين ، دافعين قاده إلى الانتقال إلى جامعة كولومبيا ليتلقى تدريبه في علم النفس الإكلينيكي ، حيث نال درجة الدكتوراه عام 1931 . ثم انتقل إلى روتشستر في نيويورك ، ليصبح أحد الأشخاص الذين التفتين العاملين في عيادة لإرشاد الأطفال .

تظهر بدايات أساليب روجرز جلية في كتابه المعالجة الإكلينيكية للطفل المضطرب (The Clinical Treatment of the Problem Child) ، الذي نشره عام 1939 . وعندما انتقل إلى جامعة ولاية أوهايو عام 1940 ، بدأ روجرز عمله الجدي في تطوير اتجاهه في العلاج النفسي (Rogers, 1942) ، وانتقل عام 1945 إلى جامعة شيكاغو ، وبدأ مرحلة من البحث الدقيق أثناء تطويره لنظرية أساسية ، يركز عليها في ممارسته العلاجية . وأثناء تلك الفترة ، بدأ مصطلح "العلاج المتمركز حول العميل" يحل محل المصطلح السابق : "العلاج غير الموجه" (Rogers, 1951) وبعد ذلك ، قبل روجرز أن يشغل منصباً في جامعة وسكنسون عام 1957 وذلك لتوسيع نطاق أفكاره حول العلاج النفسي على مزيد من الأفراد ، كالفصائيين المقيمين في المستشفيات (Rogers, Gendlin, Kiesler, & Truax, 1967) . وكان روجرز عضواً مقيماً في مركز دراسات الشخص (Center for Studies of Person) في لايبلا بولاية كاليفورنيا منذ عام 1968 ، وحتى وفاته عام 1987 .

نشر روجرز عدداً من الكتب (أدرج عدد منها في قائمة المراجع في نهاية هذا الكتاب) . وجمعت كتابته مسيرته الذاتية عام 1967 في الجزء الخامس من السيرة الذاتية في تاريخ علم النفس (A History of psychology in Autobiography) ، كما ظهرت ورقة حول سيرته الذاتية عام

1974 في مجلة علماء النفس الأمريكيين (American Psychologist)، وكانت لورقة بعنوان: "تأملات في مستأ وأربعين سنة (In Retrospect: Forty-Six Years)". كما نُشر كتابه أسلوب في الوجود (A Way of Being) عام 1980، ملقياً بعرض الضوء على لتغيرات التي حدثت في تفكيره على مدى السنين. وفي كتابه، قام جيندلين (Gendlin, 1988) بإعطاء صورة واضحة وحساسة في الوقت نفسه، عن حياة روجرز كأخصائي نفسي وكإنسان.

ومن المفاهيم المهمة للغاية في النظرية الظواهرية، مفهوم الذات الظاهرية (phenomenal self)، وهي ذلك الجزء من المجال الظاهري، الذي يشير إليه الفرد بـ "أنا". ومن الواضح أن هذه الخبرة ذاتية وليست موضوعية. إضافة إلى ذلك، تقول النظرية الظواهرية إن الدافع الأساسي لدى البشر هو المحافظة على الذات الظاهرية وتعزيزها، وبذلك يصبح اعتبار الذات مصدراً أساسياً للسلوك.

وتظهر مشكلات التكيف عند وجود تهديد للذات الظاهرية. وعلى أية حال، فما يعده شخص ما مهدداً له، قد لا يكون مهدداً بالضرورة بالنسبة لشخص آخر. وباختصار، سوف يشعر الفرد بالتهديد عندما يدرك أن الذات الظاهرية في خطر. وهكذا، فالرجل الذي يرى نفسه جذاباً، قد يشعر بالتهديد إذا رفضته امرأة، وذلك لأن هذا يشكل تهديداً لمفهومه عن ذاته. وفي مواجهة مثل هذا التهديد، قد يتبنى الرجل عدة مواقف دفاعية؛ فقد يقوم بتبرير فشله مثلاً، أو يقوم بتضييق مجاله الإدراكي. أما الشخص المتكيف حقاً، فهو الشخص القادر على استيعاب جميع خبراته في مجاله الظاهري، وليس الخبرات المتسقة مع مفهومه لذاته فقط. وكمثال على ذلك، فالطالب جيد التكيف الذي يرسب في امتحان ما، لن يدعي ظلم المعلم أو يضع اللوم على مرضه الجسدي (وذلك بافتراضنا عدم صحة هذه الادعاءات)، بل سيقوم بدمج هذه التجربة، ويعيد النظر في مفهومه عن ذاته؛ كأن يقول لنفسه: "ربما لا أكون ممتازاً في مادة الأحياء كما ظننت، إلا أنني ممتاز بالفعل في مواد أخرى، كما أنني أتمتع بمهارات اجتماعية جيدة. وبالتالي، فما حدث لن يقلل من قيمتي كإنسان". أو ربما يقول: "لقد رسبت بالفعل، ولكنني أعتقد أنه بإمكانني النجاح إن بذلتُ جهداً أكبر، ولكن إن لم أنجح، سأجرب أشياء أخرى تشعرني بالرضا والإنجاز".

افتراضات نظرية Theoretical Propositions

لقد وضع روجرز (Rogers, 1951)، منذ وقت مبكر، سلسلة من الافتراضات التي عملت على إرساء أسس نظريته في العلاج المتمركز حول العميل، لتصبح نظرية من نظريات الشخصية. ويقول إن الفرد يوجد في عالم من الخبرات، يكون هو فيه محوراً لهذا العالم. فالخبرة لا يمر بها إلا الشخص نفسه، وبالتالي فهو أفضل مصدر للمعلومات عن ذاته. وقد أدت وجهات النظر هذه بأتباع العلاج

المتركز حول العميل إلى الاعتماد على التقارير الذاتية للعميل كمصدر أساسي للمعلومات ، بدلاً من الاعتماد على استدلالات مستمدة من ملاحظات الأخصائي ، أو من نتائج الاختبارات . ولأن الأشخاص يستجيبون لمجالهم الإدراكي كما يخبرونه ويدركونه ، فسيكون هذا المجال هو واقعهم . وبالتالي ، فإن معرفة الأخصائي الإكلينيكي الموضوعية للمثيرات ليست كافيةً للتنبيه بالسلوك ، وإنما عليه معرفة وعي الفرد بهذه المثيرات . فعلم النفس الموضوعي ، كما نرى ، مرفوضٌ هنا لصالح عالم الخبرات الداخلية للفرد .

وتتجه النزعة الفطرية للإنسان نحو تنمية كل قدراته وتحسينها بطريقة من شأنها تعزيز الذات ، أو تحقيق الذات (self-actualization) ، وهو ما يُفسر حركة الحياة وتقدمها ، وهو القوة التي يعتمد عليها المعالج بشكل كبير في تواصله العلاجي مع المريض . ولكن هذا التقدم لا يحدث إلا عند إدراك الفرد لخياراته في الحياة بصورة واضحة ، وتمييزها بشكل ملائم .

والسلوك - بشكله الأساسي - هو مجموعة من المحاولات الموجهة نحو تحقيق هدف ما ، إذ تقوم بها العضوية لإشباع حاجاتها . وهذه الحاجات جميعاً يمكن دمجها تحت دافع واحد ؛ هو تعزيز الذات الظاهرية . وقد يبدو أن كل هذا ينطوي على نوع من نظريات التعلم ، مع أنه من الصعب إيجاد أية مفاهيم تعليمية في النظام النظري لروجرز .

ومن المفاهيم المهمة في هذه النظرية مفهوم الذات (self) ، أي وعي الفرد بوجوده وبوظائفه . وتشكل بنية الذات من خلال التفاعل مع البيئة ، وبالتحديد من خلال تقييم الآخرين للفرد . والذات هي غط منظم ومتسق ، قابل للتغيير ، ومستقر في الوقت نفسه ، يتكون من إدراك خصائص الـ "أنا" كضهير للمتكلم ، وعلاقاتها ، والقيم المرتبطة بها . ويمر الفرد بالعديد من الخبرات في حياته ، وهناك ثلاثة احتمالات تفرض نفسها بعد كل خبرة : (1) يمكن ترميز الخبرة أو تنظيمها في علاقة مع الذات ، (2) يمكن تجاهلها لعدم إدراك علاقتها بالذات ، (3) يمكن إنكارها رمزياً أو تحريفها ، لأنها لا تنسجم مع بنية الذات .

وتحت ظروف معينة ، قد يتم اختبار تلك الخبرات التي لا تتسق مع الذات وإدراكها ، وإعادة النظر ببنية الذات لاستيعاب تلك الخبرات . إلا أن الشرط الأساسي لذلك ، هو غياب أي تهديد للذات . وهذا الأمر يفسر بالفعل الحكمة من التأكيد على إيجاد مناخ من الدفء والتقبل والتسامح وعدم إطلاق الأحكام ، والذي يشكل شرطاً أساسياً للعلاج المتمركز حول العميل .

المميزات الأساسية Core Features

وكما عبّر عنه روجرز (Rogers, 1959) ، فإن العلاج النفسي هو "إطلاق الطاقات الموجودة فعلياً لدى الفرد ، والذي يمتلك إمكانيات كامنة ، وليس تلاعباً من معالج مختص بشخصية سلبية إلى

حد ما" (ص 221). وهذا ما يُسمى بإمكانات النمو (growth potentials)، والتي يعتمد عليها العلاج المتمركز حول العميل. فكل فرد لديه مثل هذه الإمكانيات، إلا أن المهارة تكمن في القدرة على إطلاقها. ويمكن تحقيق ذلك في العلاج المتمركز حول العميل، مما يتيح لنزعة تحقيق الذات لدى الفرد، بالسيطرة على تلك العوامل التي تم تذويتها سابقاً، والتي تحد من تقبل الفرد لقيمتها الشخصية. وهناك ثلاث سمات للمعالج، تساهم في تحقيق ما سبق، وهي: (1) الفهم الدقيق والمتعاطف، (2) التقبل الإيجابي غير المشروط، (3) الأصالة. وقد تمت مناقشة هذه السمات الثلاث بصورة موجزة في الفصل الحادي عشر، حيث لوحظ أن نتائج الأبحاث تؤيد ما نسبته إليها روجرز من تأثير (انظر مثلاً: Elliott, Greenberger, & Lietaer, 2004; Greenberger, Elliott, & Lietaer, 1994).

التعاطف Empathy

يشير التعبير عن التعاطف إلى نقل الإحساس بالتفهم للعميل. ويعبر المعالج المتعاطف عن حساسيته لحاجات العميل ومشاعره وظروفه، ويتفهم اتجاهاته، ويركز على عالمه الظواهري؛ وذلك بوضع نفسه مكانه وروؤيته للعالم كما يراه العميل. وينبغي أن يعلم العميل أن المعالج يبذل قصارى جهده للوصول إلى فهم صحيح، وما أن يدرك العميل ذلك، حتى تكون أسس العلاقة العلاجية قد تحققت. إلا أن التعاطف لا يمكن أن يكون كلياً، ولربما كان هذا أمراً جيداً؛ إذ ينبغي أن تبقى هناك درجة من الانفصال الموضوعي، وإلا لأصبح المعالج يعاني من المشكلات نفسها التي يعاني منها العميل. على كل حال، فالمعالج المتعاطف قادر على أن يُظهر للعميل شيئاً من التفهم والتقدير لاحتياجاته أو مشكلاته. ويمكن أن يجد العميل هذا الموقف مطمئناً بدرجة كبيرة، ومؤثراً أكثر من أية كلمات أو نبرات تنم عن الاهتمام. فالتعاطف لا يصريح به لفظياً، بل إن مجرد وجوده كافٍ للإفصاح عنه.

ولربما كانت كلمات روجرز (1946) أقدر على التعبير عن هذا التوجه في الفهم والتعاطف:

علينا أن ندرك أننا إذا ما استطعنا إيصال فهمنا للعميل بالطريقة التي يبدو أنه يفهم بها نفسه في تلك اللحظة، عندها يمكنه أن يقوم بالباقي. على المعالج أن يضع جانباً أفكاره التشخيصية والمهارات المتعلقة بها، وأن ينأى بنفسه عن نزوعه إلى ممارسة التقييم المهني، وأن يتوقف عن محاولاته صباغة تكهنات مفصلة حول الحالة، وأن يتخلى عن ميله إلى إرشاد الفرد؛ ويركز أخيراً على هدف واحد فقط، هو: الفهم المتعمق للعميل، وتقبل اتجاهاته الواعية في اللحظة الراهنة، وذلك أثناء تفصيله - خطوة بخطوة - لتلك المناطق الخطرة التي كان ينكرها في وعيه.

ولا يمكن أن توجد مثل هذه العلاقة إلا إذا كان المرشد قادراً على تبني هذه الاتجاهات بأصالة وعمق . فلكي يكون الإرشاد المتمركز حول العميل فعالاً ، لا ينبغي أن يكون عبارة عن حيلة أو أداة ، فهو ليس وسيلة ذكية لإرشاد العميل مع التظاهر بالسماح له بإرشاد نفسه . فكي تكون العلاقة فعالة ، ينبغي أن تكون أصيلة بالفعل (ص 420-421) .

التقبل الإيجابي غير المشروط Unconditional Positive Regard

يتعلم العميل -من خلال علاقته بوالديه وأصدقائه وإخوته وغيرهم- أن الرضا والتقبل مشروطان بمطابقة شروط معينة . فالآباء يتقبلون الأطفال إذا كانوا مطيعين ، وصاحب العمل يتقبل موظفيه إذا كانوا نشطين وأكفء ، كما يتطلب الأزواج من شركائهم الرعاية والحب . ولكن لا ينبغي أن نكون هنالك أية شروط في العلاج ، بل يجب أن يتم القبول دون شروط خفية ، أو رفض مؤارب . وليس التقبل الإيجابي غير المشروط إلا احترام العميل كإنسان ، لا أكثر ولا أقل . فعلى المعالج أن يضع جانباً كل أفكاره المسبقة ، وأن يكون قادراً على العناية بالعميل وتقبله ، وفوق ذلك كله ، أن يعبر عن إيمانه وثقته بقدرة العميل على تحقيق قدراته الكامنة . فهذه الصفات -إضافة إلى تجنب أي سلوك يتضمن إصدار أية أحكام من قبل المعالج- ستؤدي إلى إيجاد مناخ من الحرية التي يسمح للعميل بالتخلي تدريجياً عن دفاعاته القوية ، وأن ينمو كإنسان ، وذلك في غياب التهديد بعدم التقبل وبإطلاق الأحكام .

ومن السهل نسبياً على المعالج أن يعبر عن هذه السمات أو الخصائص مع شخص يجده مريحاً ومُرضياً وموافقاً له في توجهاته وقيمه ، إلا أن الاختبار الحقيقي للتقبل الإيجابي غير المشروط للعميل ، هو عندما يواجه المعالج عميلاً لا تتفق سلوكياته واتجاهاته مع معتقدات المعالج . فالمعمِل المتشدد أو الكسول أو الذي يفتر للدافعية ، أو الذي يتحدث عن ممارسته الزنا مع ابنة أخيه ، يشكل كل منهم اختباراً حقيقياً لقدرة المعالج على التسامح والتقبل . ولكن وفقاً لروجرز ، فكما أن كل مواطن له الحق في الانتخاب ، فإن كل عميل يستحق التقبل الإيجابي غير المشروط .

الأصالة Congruence

قد تبدو الأصالة لأول وهلة متعارضة مع صفات التعاطف والتقبل الإيجابي . فالمعالج الأصيل يعبر عما يشيره العميل لديه من سلوكيات ومشاعر واتجاهات دون تزييف ؛ فهو لا يبتسم إذا كان الشخص المقابل غاضباً ؛ وإذا ما كانت قسمات المريض تنم عن الأسى ، فليس على المعالج أن

يختبئ وراء قناع من الهدوء (Rogers, 1961) لقد آمن روجرز بأن العميل -على المدى البعيد- يستجيب بالتقدير والعرفان للأصالة والصدق، ويعرف أن الشخص الذي أمامه إنسان كرّس نفسه من أجله. وقد يكون هذا من أكثر الأمور التي تبعث على الطمأنينة لدى العميل، وتثير لديه إحساساً بالقيمة الذاتية، وبالثقة بالذات والقدرة على التغيير، وبالرغبة في التمسك بقدراته الكامنة.

الاتجاه مقابل التقنية Attitude Versus Technique

كثيراً ما يبدو أن جوهر العلاج المتمركز حول العميل، يكمن في القيم والاتجاهات التي يحملها العلاج تجاه الأفراد، أكثر من أية طرق أخرى. وبهذا المعنى، يكون العلاج المتمركز حول العميل أسلوباً عقلياً أكثر من كونه تقنية ما. حيث يسعى المعالج هنا ليكون غير موجه، وذلك بالابتعاد عن أية إجراءات توحى بدور المعالج كخبير يقوم على تشخيص أمراض العميل، ويوصي بالإجراءات الكفيلة بتخفيفها.

في الحقيقة، سيزعم أتباع العلاج المتمركز حول العميل أن مثل هذه "الوصفات" ليست ضرورية؛ وذلك لأن إطلاق إمكانات العميل وقواه الكامنة، من شأنه أن يحل مشكلات العميل. وعندما يتسم المعالج بالأصالة والتقبل الإيجابي غير المشروط والفهم المتعاطف، فسيكتشف العميل قدرته الخاصة على النمو وتوجيه الذات. وبعكس أتباع التحليل النفسي، يرى روجرز أن الأشخاص ليسوا هدامين بطبيعتهم، وإنما تحكمهم قوى بناءة تصل بهم نحو الصحة وتحقيق الذات. بالإضافة إلى ذلك، يتجاوز الروجريون أيضاً مسألة التركيز على الماضي لصالح الوعي بالخبرات الراهنة، وعلى عكس المعالج التحليلي النشط وسعيه الحثيث وراء التفسيرات، نجد المعالج الروجري هادئاً ومصغياً، ويساهم اهتمامه بالعميل في اكتشاف هذا الأخير لقدراته الداخلية، وخبراته الشخصية الحقيقية.

كما وتوجد فروق واضحة بين العلاج المتمركز حول العميل والتوجهات السلوكية (والموضحة في الفصل التالي). فالروجريون يصرون بأن الخبرات الداخلية هي المعلومات الأسمى شأنًا، وأن إنكارها يعد إنكاراً للمعلومات الأساسية حول الوجود الإنساني. وبينما تركز الاتجاهات السلوكية أحياناً على التلاعب بالبيئة أو التحكم بها لإحداث التغيير، فإن العلاج المتمركز حول العميل يعتمد على التغيير الناشئ من الداخل: إطلاق القدرات الكامنة.

العملية العلاجية The Therapeutic Process

يبدو من الأسهل وصف العلاج المتمركز حول العميل في إطار ما لا يجب. و"ما لا يجب" يتضمن سلسلة طويلة، مثل: إعطاء المعلومات أو النصح، استخدام الطمأنينة أو الإقناع، السؤال،

تقديم التفسيرات ، والانتقاد . ولربما تكون أنشطة المعالج الأساسية هي فهم تلك المشاعر المرتبطة بما يقوله العميل ، وتوضيحها . ويورد جرينبرج وزملاؤه (Greenberg et al., 1994) مثلاً أن حوالي 75% من استجابات المعالجين الوجوديين هي "انعكاسات" لما يقوله العميل . كما تأتي تعقيباتهم لتعبر للعميل عن التقبل الكلي غير المشروط من قبل المعالج . هذا وقد يرى المعالج أحياناً ضرورة لتوضيح أهمية الاحترام المتبادل في علاقة العميل بالمعالج ، وهذا بدوره يتضمن عنصر التقبل في عملية البناء .

العلاج المتمركز حول العميل ، في صورته النموذجية ، لا يستخدم الطمأنة أو إعطاء التفسيرات . إذ يفترض أن إدراك المعالج لمشاعر العميل وما يرافقه من تقبل يعد مطمئناً بحد ذاته ، كما يمكن للمعالج أن يعبر عن الطمأنة من خلال نبرة صوته ، واختيار كلماته ، وتعبيرات وجهه ، وسلوكه العام . كما ويتجنب المعالج إعطاء التفسيرات والنصائح ، وأية تعبيرات توحى بأنه يعلم ما هو الأفضل بالنسبة للعميل . ولكن ، قد يكون من الضروري أحياناً توجيه العميل إلى مصدر للمعلومات ، ككتاب أو موقع على الإنترنت . على أية حال ، فالفكرة بشكل عام هي إلقاء مسؤولية التقدم في العلاج على كفاي العميل لا المعالج . بالتالي ، فالتفسير يعني إخبار العميل بالسبب الذي دفعه للتصرف بالطريقة التي تصرف بها ، كما يعني أن المعالج قد تولى مسؤولية التقدم في العلاج بدلاً إتاحة الفرصة للعميل للوصول إلى تفسيراته الخاصة .

ويعد التقبل اتجاهًا عامًا أكثر من كونه تقنية . وفي التقبل ، يفترض المعالج أن العميل قادر على الوصول إلى حلٍّ مُرضٍ لمشكلاته الحياتية . كما يوفر التقبل مناخاً يساعد العميل على تأكيد قدرته على الارتقاء وتحقيق الذات . ومن خلال استجابة المعالج لمشاعر العميل وتقبلها ، يزوده بالدفع الذي يقوده للشعور بأن هنالك من يفهمه .

وعادةً ما يتم تنظيم جلسات العلاج المتمركز حول العميل مرةً كل أسبوع . أما زيادة عدد الجلسات والجلسات الإضافية والمكالمات الهاتفية فتعد غير محبذة ؛ إذ يمكن أن تؤدي إلى الاعتمادية ، والتي ستقلص أي إحساس بالنمو .

ولقد وصف لنا روجرز المسار العام لعملية العلاج ، والذي يتضمن سبع مراحل يمر بها العميل (Meador & Rogers, 1984) ، وفيما يلي وصف مختصر لها :

المرحلة الأولى : لا توجد رغبة في الكشف عن الذات أو الاعتراف بالمشاعر الشخصية ؛ وتكون المفاهيم جامدة إلى حد كبير ؛ كما يتم إدراك العلاقات الوثيقة على أنها خطيرة .

المرحلة الثانية : يتم التعبير عن المشاعر أحياناً ، إلا أن الشخص ما يزال بعيداً عن خبراته الذاتية ؛ وما يزال إدراكه منصباً على العالم الخارجي بشكل كبير ، إلا أنه يبدأ بالاعتراف ببعض مشكلاته وصراعاته .

المرحلة الثالثة : وصف المشاعر الماضية على أنها غير مقبولة ؛ هناك قدر أكبر من الحرية في التعبير عن الذات ؛ يبدأ الفرد بالتساؤل عن صدق بُنيته الشخصية ؛ ويدرك بشكل أولي أن المشكلات داخله لا خارجه .

المرحلة الرابعة : الوصف الحر للمشاعر الشخصية للفرد وامتلاكها ؛ بعض الإدراك بأن المشاعر التي طالما أنكرها الوعي قد تبرز في الحاضر ؛ بعض المرونة في المفاهيم الشخصية ؛ هناك بعض التعبير عن المسؤولية الذاتية ؛ ويبدأ العميل بالمخاطرة في بناء علاقات مع الآخرين على أساس عاطفي .

المرحلة الخامسة : يعبر العميل بحرية عن مشاعره ويتقبلها ؛ وتصبح الخبرات التي أنكرت سابقاً جزءاً من وعيه ، مع أنها مخيفة ؛ الاعتراف بالصراعات ما بين الأفكار والانفعالات ؛ تقبل المسؤولية الشخصية عن المشكلات ؛ والرغبة في أن يكون الفرد وفق ذاته .

المرحلة السادسة : تقبل المشاعر دون الحاجة إلى إنكارها ؛ إحساس واضح وحر بالخبرات ؛ الاستعداد للمجازفة بأن يكون الفرد وفق ذاته في إطار العلاقات مع الآخرين ؛ الثقة بأن الآخرين يتقبلونه .

المرحلة السابعة : يرتاح الفرد هنا إلى خبرته مع ذاته ؛ يحس بمشاعر جديدة ؛ ويكون عدم الانسجام أو التطابق في حده الأدنى ؛ كما وترسخ لديه القدرة على التعرف على مدى صدق الخبرات .

التشخيص Diagnosis

بشكل عام ، يتم تجنب التشخيص أو التقييم ، والتقليل من شأنهما في العلاج المتمركز حول العميل . وفوق ذلك ، يعتقد معظم الروجريين بأن التقييم الرسمي ليس غير ضروري فقط ، بل إنه ضار فعلياً . ووفقاً لهم ، فالتقييم يضع المعالج في دورٍ فوقٍ سلطويٍّ ، مما قد يحد من تطور الاستقلالية وتحقيق الذات لدى العميل . ويبدو أن التخلي عن التقييم يعني ضمناً أن العلاج المتمركز حول العميل منهجٌ مؤثرٌ ، بدرجة تجعله فاعلاً مع جميع المرضى ، بغض النظر عن طبيعة مشكلاتهم ، أو نوع الظروف التي يجدون أنفسهم فيها . وغني عن القول إن فائدة هذا الافتراض لم يتم التثبت منها بعد على نحوٍ كافٍ (Greenberg et al., 1994) .

حالة توضيحية للعلاج المتمركز حول العميل

الحالة التالية توضح بعض الأمور التي تمت مناقشتها في الإرشاد المتمركز حول العميل . والعميل هنا طالب في سنته الجامعية الثانية ، يبلغ العشرين من عمره ، وكان يُقابل أخصائياً في المركز الإرشادي بالجامعة . وتضمنت شكاواه الأولية شعوره بعدم القيمة بشكل عام . ومع تقدم الجلسات ، بدأ العميل بالتركيز على مشاعره بعدم كفاءة قدراته العقلية . وبالرغم من أن معدله التراكمي الجامعي كان 3.3 من 5 ، إلا أنه ظل متمسكاً بإحساسه بالدونية . وكان يقارن نفسه باستمرار (بشكل سلبي دوماً) بأخيه الأكبر ، الذي أنهى دراسته في كلية الطب مؤخراً ، وكان مصدراً للفخر والديه . وقد جرى الحوار التالي في الجلسة الخامسة عشرة :

العميل : لقد حدث الأمر مرة أخرى أمس ، واستلمت علامتي في مادة الأدب الأمريكي .
المعالج : حسناً .

العميل : لقد حصلت على العلامة (أ) كما سبقتها ، وأنا وثمانية طلاب . إلا أن المدرس كتب تعليقاً عند السؤال الثالث يقول فيه إنه كان يمكنني أن أكون أكثر وضوحاً ، أو كان علي أن أضيف بعض التفاصيل . الهراء القديم نفسه . لقد حصلت على علامة (أ) بالفعل ، إلا أن الأمر واضح ، فأنا كالألة التي تنتج أجوبةً صحيحة دون أي فهم . وهكذا هو الأمر ، فأنا أحفظ ، لكن دون نشاط أو إبداع . أف !

المعالج : وماذا يمكنك أن تقول لي أيضاً عن الامتحان؟

العميل : حسناً ، يبدو أننا تحدثنا عن الأمر سابقاً ، إنني أقوم بلداء جيد ، إلا أنني لا أشعر أنني بالمستوى المطلوب . أذكر أن أخي قد حصل على علامة (ج) في إحدى المواد في الثانوية العامة ، إلا أن المدرس قال إن جون يمتلك إمكانات حقيقية . أما أنا فأشعر بعدم وجود مثل هذه الإمكانيات لدي .

المعالج : بالرغم من حصولك على علامة (أ) ، فيبدو أنك غير راضٍ .

العميل : هذا صحيح ، ولن أَرْضَى أبداً . يمكنني أن أحصل على 44 علامة (أ) دون أن أشعر أنني أفضل . إنني أكره نفسي .

المعالج : آها .

العميل : أحياناً أكون سخيلاً جداً .

المعالج : أنت تشعر بالسخافة بسبب الطريقة التي تتصرف بها ، أليس كذلك؟

العميل : ينبغي علي أن أدع الأمر جانباً وأن أفكر بأمور أخرى . لكنني لا أفعل ذلك ، وأشعر بأنني سخي عندما لا أفعل ذلك .

المعالج : أنت سخي لأنك تشعر بعدم الرضا ، ولأنك لا تنسى الأمر فحسب .

العميل : أعلم أن علي أن أكون راضياً لحصولي على (أ) ، فغيري من الطلاب يرضون بذلك ويكونون فخوريين به .

المعالج : آها .

العميل : إلا أنني لا أستطيع . لا عجب أن أهلي راضون عن جون ، لقد حصل على درجات محترمة ، وكان راضياً بها على العكس مني . من الغريب أنهم لم يسأموا من قنور همتي وضيق صدري .

المعالج : إذن ، حتى مع درجاتك العالية ، فإن تعاستك شديدة بدرجة تحبط الآخرين .
العميل : بالتأكيد . ولكن عليّ أحياناً أن أخلص من هذه المشاعر الانهزامية . عليّ التفكير بالجناب الإيجابي .

المعالج : آها .

العميل : كثيراً ما حاولت أن أتناسى قصور إمكانياتي ، وأستمر في سيري فحسب .
المعالج : نعم ، أظن أنك تشعر أن الآخرين يقللون من شأنك حقاً بسبب هذا القصور؟
العميل : أجل ، إنهم يفعلون ذلك ، خصوصاً أهلي . إنهم لم يقولوا ذلك صراحةً ، إلا أنني أستطيع أن أخمن ذلك من الطريقة التي يتصرفون بها .

المعالج : آها .

العميل : إنهم يقولون إن جوشي لديه عقل فوق كتفيه بالفعل ، أو (يتوقف لبرهة) . . . إنه يستطيع أن يتدبر أمره ويجد مخرجاً من أي موقف .

المعالج : وهذا يجعلك تشعر بنوع من عدم القيمة ، وذلك لعدم سماعك مثل هذه التعليقات موجهة إليك .

العميل : هذا صحيح .

المعالج : آها .

لقد تم التعبير عن مشاعر عميقة في هذه الجلسة . فقد شعر العميل بعدم القيمة والدونية مقارنة بأخيه . وبغض النظر عن علاماته الجامعية المتميزة ، فقد استمر في إيجاد طرق يثبت من خلالها أنه غير مقبول من حيث قدراته العقلية . ولم يحاول المعالج معارضته أو إثبات أنه على خطأ ، كما أنه لم يقدم أية تعليقات تطمئن العميل ؛ بل قام بتقبل تصريحات العميل والمشاعر المتضمنة فيها .

وأهم عناصر العلاج المتمركز حول العميل هي المشاعر ، ليس من حيث أنها غير صائبة أو أنها ناشئة عن خبرات أو مواقف عائلية مبكرة وغير سوية . فعلى المعالج أن يتقبل المشاعر بطريقة لا تظهر الموافقة أو عدم الموافقة ، وإنما تظهر تفهمه فحسب . فالفهم والتوضيحات العرضية هي التي تسمح للعميل بالسير نحو التفحص الدقيق لذاته ، ولما يمكنه فعله لتغيير الأمور ، إذ لا يمكن لقدراته التطورية أن تتحرر وتتعزيز إلا في جو من التقبل . والحالة التوضيحية السابقة تبين أيضاً العبارات التعاطفية التي قالها المعالج ، والتي عادةً ما تلخص ما كان يشعر به العميل . إذن ، فالمعالج يقوم بأكثر من مجرد تقبل مشاعر العميل ؛ إنه يقوم بتذكير العميل بحقيقة ما يشعر به ، من خلال إعادة صياغة عباراته وتوضيحها .

لقد تطوّر العلاج المتمركز حول العميل وتغيرت ملامحه ، بمرور الزمن ، شأنه في ذلك شأن أي اتجاه آخر . كما حدثت تعديلات على النظرية وطريقة العلاج ، وتم توسيع نطاقهما . وللحصول على ملخص موجز حول هذه التطورات ، يمكن للقارئ العودة إلى كتاب جرينبرج وزملائه (Greenberg et al., 2003) .

تطبيقات أخرى Other Applications

ظهر التوجه المتمركز حول العميل ابتداءً في إطار العلاج النفسي الإرشادي ، ويبقى هذا المجال هو التطبيق الأساسي له . لكن هذا التوجه له تطبيقات أخرى أيضاً ، إذ يُستخدم العلاج المتمركز حول العميل مثلاً في التدريب على العلاقات الإنسانية ؛ فالتأكيد على العلاقة والتقبل والدفع ، غالباً ما يكون عنصراً أساسياً في برامج التدريب لمن يعملون في مراكز الأزمات ، ولشبه المهنيين العاملين في الإرشاد ، وللمتطوعين في الهيئات الخيرية . ولكن سواء كان الفرد يتعامل مع أخصائيين كالأطباء والمرضى والأخصائيين النفسيين ، أو مع مجموعة من المتطوعين للسلام ؛ فإن تدريبهم على العلاقات الإنسانية غالباً ما يحتوي على جرعة كبيرة من فلسفة العلاج المتمركز حول العميل . وعند تطبيق هذه الفلسفة على مشكلات خارج غرفة العلاج ، فإنه غالباً ما يسمى بالاتجاه المتمركز حول الشخص (person-centered approach) .

وكما سنرى في الفصل الخامس عشر ، فالجماعات الصغيرة ، وجماعات المواجهة ، وجماعات النمو الشخصي ، كلها تطبيقات جديدة نسبياً ، وتستفيد من الأعمال الأساسية للعلاج المتمركز حول العميل . وعادةً ما يتم إنشاء هذه المجموعات لتخفيف التوتر بين الجماعات المتصارعة ، كالبيض والسود ، أو القوى العاملة والإدارة ، أو الطلبة والكليات . وأحياناً تقوم بعض المنظمات - كدور العبادة ومؤسسات العمل وإدارات المدارس - باستخدام التوجه المتمركز حول العميل لتعزيز التحسن في العلاقات الإنسانية ، أو التغيرات على صعيد أداء تلك المنظمات .

تعليقات ختامية Some Concluding Remarks

الإيجابيات The Positive

هناك عدة آثار صحية ومفيدة للعلاج المتمركز حول العميل ؛ فهو يقدم بديلاً حقيقياً للأشكال التقليدية من العلاج التحليلي . وبهذا ، فهو يقدم اتجاهًا بديلاً يركز على التصميم الذاتي وتوجيه

الذات ، بدلاً من التركيز على الدوافع البيولوجية والغرائز التي تتبناها النظرة الفرويدية ، كما تم استبدال الشخص القادر على "أن يكون" ويحقق ذاته بالشخص الذي يوصف بأنه ضحية لتاريخه الشخصي ، وتم استبدال الاختيارات الحرة بالسلوكات الآلية .

وقد أثبت روجرز أن التنقيب في الماضي ليس ضرورياً في ممارسة العلاج النفسي ، بل ركز على العلاقة ما بين العميل والمعالج ، معتبراً أن تطبيق "التقنيات" أمرٌ ثانوي . حتى أن كلمة "العميل" توحي بشيء من الأهمية . كما تم استبدال العميل الذي يسعى بنشاط إلى المساواة والحرية والاختيار ، بالمريض السلبي الذي نجده في إطار المواقف العلاجية السلطوية .

وقد قاد الموقف اللاتاريخي العام للروجرين أيضاً ، إلى شكلٍ علاجيٍّ أقصر بكثير من التحليل النفسي الطويل . وساهم في تقصير مدة العلاج ، ابتعادُ الروجرين عن كل من الحلول المطوّلة للتحويل ، وإعادة بناء الماضي ، والتفريغ الانفعالي . إضافةً إلى ذلك ، فإن دور المعالج هنا أقل نشاطاً ، مما يتطلب فترةً أقل من التدريب . إن أي نظام علاجي يمكنه توفير معالجات بصورة سريعة واقتصادية ، هو نظام جدير بالدراسة . ولكن يمكن للعلاج المتمركز حول العميل أن يكون سبباً ذا حدين ؛ فبعضهم يشعر أن العلاج المتمركز حول العميل كاتجاه إنساني قد أفرز جيلاً كاملاً من شبه المعالجين ، الذين لا يمكن تعويض النقص في تدريبهم بشكل تام من خلال حماسهم و"أصالتهم" .

ومن الإسهامات الهامة أيضاً للعلاج المتمركز حول العميل ، تركيز روجرز على البحث . فقد كان مسؤولاً عن أول جهد متسق ومنظم في إجراء البحوث المتعلقة بالعملية العلاجية . وكان أول من وظف أسلوب تسجيل جلسات العلاج لدراسة العمليات العلاجية والتحقق من تأثيرها ، والذي أصبح الآن عنصراً ثابتاً في التدريب والبحث . وقد كانت غرفة العلاج قبل مجيء روجرز مقدسةً ومبجّلةً ومحرمّة . إلا أن روجرز فتح أبوابها ، وجعلها موضوعاً للدراسة ، بدلاً من كونها عالماً يكتنفه الغموض . وبإتاحة التسجيلات والسجلات الخاصة بجلساته العلاجية ، فقد أظهر روجرز قدراً من الشجاعة التي لم تكن معهودّة آنذاك (رغم أنها قد تكون عاديةً في زمننا الحالي) .

إضافةً إلى الإسهام الريادي لروجرز وغيره في تسجيل المقابلات ونقلها ، فقد بذلت جهود عدة للبحث في نتائج العلاج . إذ قام روجرز وزملاؤه مثلاً بتطوير فهارس للنتائج العلاجية المبنية على تقديرات العملاء لمفهومهم الحالي والمثالي عن ذواتهم ، إضافةً إلى دلائل التحسّن في جلسات الإرشاد ، مثل نسبة تحدّث العميل خلال الجلسة مقارنةً بالمعالج ، ومدى مبادرته بالحديث ومسؤوليته عنه (e.g., Cartwright, 1956; Rogers & Dymond, 1954; Rogers, Gendlin, Kiesler, 1967; Truax & Carkhuff, 1967; Truax & Mitchell, 1971; W. U. Snyder, 1961; & Truax, 1967) .

وكما ذكرنا في الفصل الحادي عشر ، فقد بين التحليل البعدي لمجموعة من الدراسات التي تضمنت العلاج المتمركز حول العميل ، وجود حجم أثر بدرجة 0.62 ؛ مما يعني أن العميل الذي يتلقى هذا العلاج يكون أداؤه (بالتوسط) أفضل من 73% من أولئك الذين لم يخضعوا لأية معالجة . وللتحقق مما إذا كانت هذه النتائج تنطبق على الدراسات الحديثة حول العلاج المتمركز حول العميل ، تم إجراء دراستين أخريين بأسلوب التحليل البعدي .

فقد أجرى چرينبرج وزملاؤه (1994) تحليلاً بعدياً للدراسات التي نُشرت بين عامي 1978 و1992 . ومن الجدير بالذكر أن القائمين بالبحث لم يكن بإمكانهم المطابقة بين أكثر من ثماني دراسات أُجريت خلال تلك الفترة حول فعالية العلاج المتمركز حول العميل ، والتي تضمنت مجموعات ضابطة في الوقت نفسه . وقد وُجد بأن متوسط حجم الأثر في تلك الدراسات يساوي 0.88 ؛ أي أن العميل في تلك الدراسات يكون أداؤه بمتوسط أفضل من 81% ممن لم يتلقوا أية معالجة . كما استطاع چرينبرج وزملاؤه أن يقيموا التأثير النسبي للعلاج المتمركز حول العميل مقارنةً بغيره من أشكال العلاج . ومن بين سبع مقارنات تتعلق بهذا الموضوع ، لم يتفوق العلاج المتمركز حول العميل على غيره إلا مرة واحدة (إذ تفوق في هذه الحالة على العلاج الدينامي قصير الأمد) (A. E. Mayer, 1981) .

وقد كشف إليوت وچرينبرج وليتيير (Elliott, Greenberg, & Lietaer, 2004) مؤخراً نتائج تحليل بعدي لدراسات نُشرت منذ عام 1992 ، واستطاعوا العثور على 11 دراسةً حول فعالية العلاج المتمركز حول العميل (تضمنت تقييم مجموعة ضابطة أيضاً) ، حيث وجدوا حجم أثر بمعدل 0.78 . ومقارنةً بغيره وفقاً لـ 28 دراسة ، لم يكن العلاج المتمركز حول العميل (في المتوسط) أكثر فعاليةً من غيره من أنواع العلاج .

وفي الخلاصة ، تشير نتائج الأبحاث إلى أن العلاج المتمركز حول العميل متوسط الفعالية ، إلا أنه ليس أكثر فعاليةً من أية معالجة نفسية أخرى .

السلبيات The Negative

إلا أن هنالك وجهاً آخر للعملة . إذ يصرح المعالجون من أتباع العلاج المتمركز حول العميل مراراً وتكراراً أن جهودهم لا تغير العميل ، بل تطلق إمكانات النمو الكامنة لديه . وسواء كانت هذه النظرة مبنيةً على أساس من القناعة أو من التواضع ، فيبدو أنها نظرة غير تامة . فالعلاج مثيرٌ يتأثر بالمعالج إلى حد كبير ، ويؤدي إلى حدوث العديد من ردود الفعل . وسواء أكانت ردود الفعل هذه إيجابية أم سلبية أم محايدة ، يبدو أنها تُعزى إلى حد كبير إلى تلك المثيرات والأساليب التي يستخدمها المعالج .

ويزعم أتباع هذا الاتجاه أن المرء عليه أن يضع نفسه مكان العميل لكي يخبرَ عالمه الظواهري ، وذلك بغرض فهم العميل . ولكن كيف يمكن للمعالج أن يقوم بهذا؟ أبالحدس مثلاً؟ وكيف يمكن له عزل تحيزات وميوله الشخصية؟ وإضافة إلى ذلك ، قد يزعم النقاد أيضاً أن تجنب التقييم وعدم إيلاء الماضي كثيراً من الاهتمام ، ربما يُضعف قدرة المعالج على الفهم وعلى ولُوج المجال الإدراكي للعميل .

ويبدو أن العلاج المتمركز حول العميل يتضمن اتجاهات عامة واحداً : التعاطف ، التقبُّل ، والاعتبار الإيجابي غير المشروط . بالتالي ، فإن جميع العملاء يُعالجون بالطريقة نفسها ، فلا يحتاج المعالج هنا إلى تقييم العميل لاختيار أكثر أنواع العلاج فعاليةً له ، أو اختيار التقنية الخاصة التي تناسبه . وعليه ، فإن هذا الأمر حجةٌ لذلك الادعاء القائل إن العلاج المتمركز حول العميل في حقيقته ، ليس إلا علاجاً متمركزاً حول التقنية! على أية حال ، فإن الوعي حديثاً بالمشكلات المرتبطة بمعالجات "المقاس الواحد" ، دعا بعضهم إلى تطوير تقنيات وأساليب معينة للتعامل مع مشكلات محددة (Greenberg et al., 2003) .

كما أن هنالك إيماناً راسخاً بأن العميل يعرف ما هو الأفضل بالنسبة له . هذا ، وتركز حركة العلاج المتمركز حول العميل على قِيَم الديمقراطية وحرية الاختيار ، والإيمان بالامكانيات الكامنة لدى العميل ؛ وقد أدى هذا التركيز إلى إدانة "تدخلات" المعالج ، سواء كانت بهدف التفسير أو إسداء النصيح أو التعبير عن القِيَم . وعلى أية حال ، ففي العديد من الحالات ، يبدو أن عمق مشكلات العميل أو انحراف قيمه يُميلان على المعالج استخدام إجراءات أكثر فعاليةً وتوجيهاً ومباشرةً . وربما يكون هناك ما يدعو إلى الشك في القدرات الذاتية للعميل الفصامي أو السيكوباتي ، وحتى لو كان صحيحاً (رغم أن هذا ليس موضع افتراض) أن كل عميل يمكنه اتخاذ القرار الصائب أو الوصول إلى الاستنتاجات الملائمة إذا ما أُعطي الوقت اللازم أو مُنح الظروف المناسب ، إلا أن هذه الطريقة تبدو أسوأ الطرق التي يمكن العمل بها . ويبدو أحياناً وكأن المعالجين الذين يستخدمون العلاج المتمركز حول العميل يسعون إلى تغيير العميل (رغم ادعائهم عكس ذلك) ، دون جمع المعلومات التشخيصية و/أو التاريخية اللازمة للقيام بذلك بصورة فعالة . كما يضعهم تركيزهم على التقارير اللفظية للعميل تحت رحمة معلومات غالباً ما تكون دفاعيةً ومحرفةً وغير مكتملة .

ولقد اعتمد على المحكّات الداخلية في كثير من البحوث التي درست تأثير العلاج المتمركز حول العميل ؛ أي أن العميل يحرز تحسناً أفضل عندما يأخذ على عاتقه مسؤولية أكبر في المحادثة أثناء جلسات العلاج ، أو يتفوق في الحديث نسبياً على المعالج . ويرى بعضهم أن المحكّ الحقيقي

للتحسن يجب أن يأتي من خارج غرفة العلاج (من خلال المراقبة/الملاحظة أو أقوال الأصدقاء أو الزوج... إلخ). وعليه، فمن دون الصدق الذي يمكن أن تقدمه مثل هذه المصادر، يُحتمل أن تكون التغييرات الملاحظة لدى العميل في غرفة العلاج انعكاساً لتكيفه مع متطلبات الموقف، وليست تغييرات يمكن تعميمها خارج غرفة العلاج.

وغالباً ما تكون الأوصاف الفلسفية والإجرائية للعلاج المتمركز حول العميل أوصافاً خاصة، وتتضمن قدراً كبيراً من المصطلحات غير المحددة. فكلمات مثل الوجود (*being*) و"الصيرورة" (*becoming*) وتحقيق الذات (*actualizing*) والتطابق أو الانسجام (*congruence*)، ليست معرفة بصورة واضحة، وتحمل معاني إضافية، من الصعب استخدامها في اتصال ثابت وواضح. وفي أحيان أخرى، يبدو أن هنالك تضخيماً في اللغة التي لا يتماشى مع النواضع الذي نلاحظه في جوانب أخرى هنا. فيقول روجرز (1951) مثلاً: "إن العلاج هو جوهر الحياة" (p. x).

ورغم أن بعضهم قد يعزو ذلك إلى المصطلحات العلمية، إلا أن هناك نزعة ملحوظة لدى الروجريين لاستخدام تعبيرات ذات مضمون أقرب إلى كونه عاطفياً، مما يجعلها أقرب إلى التأثير الدعائي والترويج. فتعابير مثل "غير الموجه" و"المتمركز حول العميل"، لا توحي بشيء من الإيجابية فحسب، بل إن ذلك يعني ضمناً تصوير أنواع العلاج الأخرى على أنها موجهة، ومتمركزة حول المعالج. فالمصطلحات التي تتضمن كلمات كالحرية، الديمقراطية، الأصالة، الدفء، والصدق، تميل فوراً إلى وضع التوجهات الأخرى في إطار سلبي. وقبل أن يبين أتباع المناحي الأخرى طبيعة توجهاتهم العلاجية، عليهم أن يردوا أولاً على تلك الاتهامات الضمنية بالسلطوية والمتمركز حول التقنيات، والسيطرة، وغياب القيم الإنسانية.

وأخيراً، فقد نشأ العلاج المتمركز حول العميل وترعرع في حرم الجامعات. فعملاء الأربعينيات والخمسينيات من القرن المنصرم، كانوا طلبة جامعيين يترددون على المراكز الإرشادية في الجامعات. وأصبح العديد من المعالجين الذين تدربوا على الأسلوب الروجري في تلك المراكز، أفراداً عاملين في المراكز الإرشادية التابعة لجامعات أخرى. ومن الجدير بالذكر أن الطلبة الجامعيين ذمقارنةً بالناس العاديين - هم أكثر وعياً وعلماً؛ وعندما تتطور لديهم المشكلات النفسية، فإنها تكون أقل حدة، كما أن مخزونهم من أساليب التدبر يكون أفضل عادةً. ولربما كانت الأساليب غير الموجهة والمتمركزة حول العميل أكثر فعاليةً مع مثل هذه الفئة، مقارنةً بفئات أخرى مثل الذهانيين وذوي القدرات اللفظية المتدنية، وذوي التعليم المحدود.

الحركة الإنسانية- الوجودية *The Humanistic-Existential Movement*

تمثل الظواهرية والوجودية والإنسانية في علم النفس نسيجاً متيناً واحداً لا ينفك . ولقد رأينا في الجزء السابق الأهمية التي يعلقها روجرز على الخبرات الحالية ، وهذا هو أساس الظواهرية . وفي الوقت نفسه ، رأينا كيف يؤكد العلاج المتمركز حول العميل على قيمة العميل وكرامته وتفردّه ، الأمر الذي يشكل أساس إنسانيته . وقبل أن نخوض في أنواع العلاج الوجودي والجشطلتي والعلاج بالمعاني ، نتوقف قليلاً للتعرف على الاتجاه الإنساني السائد في تلك المعالجات .

الاتجاه الإنساني Humanism

بالرغم من أن علم النفس الإنساني في صورته الحالية يعد من التطورات الحديثة ، إلا أن له تاريخاً ممتداً في الفلسفة وعلم النفس . وعندما يتحدث المرء عن الإنسانية ، يتبادر إلى ذهنه علماء نفسيون أمثال ألبورت وجولدشتاين وجيمس وموراي وروجرز . ولا تعود جذور القيم التي قدمها التوجه الإنساني لعلم النفس إلى هيمنة أي من الاتجاهين التحليلي أو السلوكي . فالمنظور الإنساني يرى أن الأفراد ليسوا نتاج الماضي أو اللا شعور أو انعكاساً للبيئة ، إنما هم أشخاص لديهم حرية الاختيار في سعيهم لتحقيق ذواتهم والبحث عن إمكاناتهم الكامنة . كما أنهم ليسوا رُفَعاً متنافرة من المدركات والمشاعر والتطلعات ، بل هم أشخاص يتسمون بالوحدة والتكامل والتميز . ومثل هذا الفهم يعني تقدير هذه الخصائص ، ولا يمكن أن يتحقق من خلال الوعي بخبرات الفرد . وينبغي على ما يسمى بالبنيات العلمية القائمة على الطرق المعيارية أو التجارب أو البيانات ، أن تفسح مجالاً للحدس والتعاطف . ولا ينصب تركيز الاتجاه الإنساني على المرض أو الانحراف أو القوالب والتصنيفات التشخيصية ، بل على السعي الإيجابي وتحقيق الذات ، وعلى الحرية والفطرة . ولقد تناول كل من بوجيننتال (Bugental, 1965) وبوهلر (Buhler, 1971) وبوهلر وألين (Buhler & Allen, 1971) وجورارد (Jourard, 1971) وماسلو (Maslow, 1962) الأوجه المختلفة لهذه القيم . إذ يتم التعبير عن الاتجاه الإنساني - بصورة أو بأخرى - بوصفه تعبيراً عن مقاومة الهيمنة المتطرفة للعلم ، وملاذاً فعالاً لجوهر الإنسانية لدى الأفراد .

العلاج الوجودي Existential Therapy

يرفض علم النفس الوجودي الرؤية الميكانيكية للفرعيين . وبدلاً من ذلك ، فهو يرى أن الإنسان في سعي دائم للبحث عن معنى . وفي عصر يواجه فيه الإنسان مشكلات عديدة وتعقيدات ناجمة عن العالم التكنولوجي الحديث ، وما تضيفه عليه من مادية وعزلة ، تلقى

الوجودية رواجاً كبيراً على هذا الصعيد . ويبدو أنها تعطي أملاً باستعادة الإنسان لمعنى حياته ، وزيادة صحوته الروحية ، وتحريره من أغلال امتثاله للمجتمع (Bugental, 1978) .

ونادراً ما تتحدث الحركة الوجودية بصوت واحد ، فهي تحمل العديد من وجهات النظر ، التي تعود جذورها إلى فلسفات كيركيجارد (Kierkegaard) وهيدجر (Heidegger) وتيليتش (Tillich) وسارتر (Sartre) جاسبرز (Jaspers) وغيرهم . وعندما نناقش التطبيقات السيكلوجية للوجودية ، نتبادر إلى الذهن أسماء مثل بنزوانجر (Binswanger) وبوس (Boss) وچندلين (Gendlin) وفرانكل (Frankl) وماي (May) ولانج (Laing) . إذ تنبثق الحركة الوجودية فلسفياً من الأصول نفسها التي تنبع منها الظواهرية (McLeod, 1964; Van Kaam, 1966) .

ويقدم الوجوديون عدداً من الثوابت حول الطبيعة الإنسانية (Kobasa & Maddi, 1977; Maddi, 1989) . فأساس الصفات البشرية الجوهرية جميعها يكمن في فكرة أساسية واحدة : البحث عن معنى للحياة (Binswanger, 1963; Boss, 1963) ، ويتم هذا البحث من خلال التخيل والرميز والحكم . ويحدث كل ذلك ضمن مصفوفة المشاركة في المجتمع ؛ فوفقاً لمنظورهم لبيئتهم الفيزيائية والبيولوجية ، يعمل الأشخاص ضمن السياق الاجتماعي الذي يعيشون فيه .

ويُعَدُّ اتخاذ القرار أحد المظاهر الحاسمة للشخصية ، والذي يتضمن عالمي الحقائق والاحتمالات . وبالتالي ، فالشخصية ليست الإنسان بما هو عليه - ككائن بيولوجي واجتماعي ونفسي - فحسب ، بل أيضاً ما يمكنه "أن يكون" . ويعتقد العديد من الوجوديين أن عملية اتخاذ القرار تتضمن مجموعة من الخيارات الحتمية التي لا يمكن تجنبها ؛ فيمكن للشخص أن يختار الحاضر (الوضع الراهن - the status quo) الذي يمثل الالتزام بالماضي وعدم السعي للتغيير ، بما سيقوده إلى الشعور بالذنب ، والندم على فرصه التي ضاعت . ولكن يمكن لهذا الشخص أيضاً أن يختار التحالف مع المستقبل ؛ مع كل ما يتضمنه من القلق ، الذي ينشأ عن عدم قدرته على التنبؤ بالمجهول أو التحكم به . إن مثل هذه الخبرات ، التي تتمثل بالإحساس بالذنب أو القلق ، ليست متعلّمة ، بل هي جزء من جوهر الحياة ، وهي تحتاج إلى الشجاعة في اختيار المستقبل ، وتحمل القلق الحتمي الذي يَسْتَتبع هذا الاختيار . ويمكن للمرء أن يجد هذه الجرأة والشجاعة في إيمانه بذاته ، وإدراكه أن اختيار الماضي سيقود حتماً إلى الشعور بالذنب في نهاية المطاف ، وهو شعور أكثر ترويعاً من الشعور بالقلق .

الهدف النهائي للعلاج الوجودي هو مساعدة الفرد على الوصول إلى مرحلة يمكنه فيها ممارسة الوعي واتخاذ القرارات بطريقة تتسم بالمسؤولية . إن ممارسة القدرات المعرفية كفيل بأن يتيح للفرد تحقيق مستويات أعلى من الحب والحميمية والسلوك الاجتماعي البناء . وينبغي على الفرد أثناء العلاج ، أن يتعلم كيف يتقبل مسؤولية قراراته ، ويتحمل القلق الذي يترافق أثناء سيره نحو التغيير . ويتضمن ذلك الثقة بالذات ، والقدرة على تقبل تلك الأشياء الحتمية في الحياة ، أو التي لا يمكن تغييرها .

التقنيات Techniques

لا يركز العلاج الوجودي على التقنيات . فغالباً ما تتضمن التقنيات التعامل مع العميل بوصفه موضوعاً لتطبيق هذه التقنيات . وبدلاً من ذلك يتم التركيز على الفهم ، وعلى الإحساس بالعمل بوصفه خبرة حية ذي كيان متميز . والعلاج عبارة عن فرصة للتلاقي ، تتيح للعميل الاقتراب من الخبرة ؛ حيث يمكن له فعلاً أن يتعلم إعطاء معنى لحياته من خلال خبراته . وقد يقوم المعالج أحياناً بمواجهة العميل ببعض الأسئلة ، التي تدفعه لتقصي أسباب فشله في إيجاد معنى لحياته . وكمثال على ذلك ، حين يشكو العميل باستمرار من عدم شعوره بالرضا عن وظيفته ، قد يقوم المعالج بسؤاله عن سبب عدم تغييره لوظيفته ، أو عدم عودته للدراسة من أجل الحصول على مزيد من التعليم . مثل هذه الأسئلة تدفع العميل إلى تفحص أفكاره نحو الماضي بصورة أدق ، وهذا بدوره يثير لديه الشعور بالذنب والإحساس بالفراغ . ويناقش جندلين (Gendlin, 1969, 1981) أسلوب التركيز أو البؤرة (focusing) كوسيلة للوصول بالعمل إلى خبرته بأحاسيسه السابقة لإدراكه . ويمكن تحقيق ذلك من خلال دفع العميل إلى التركيز على خبرته بالإحساسات الجسدية العيانية ذات الصلة بما يثير ضيقه ؛ وهنا يتم تشجيع فترات الصمت ، كي تساعد على الوصول إلى هذا الإحساس . ورغم قلة الدراسات التي نُشرت حول تقييم استخدام التركيز كأسلوب في التعامل مع المرضى ، إلا أن فعاليته ما تزال ثابتة (Elliot et al., 2004; Greenberg et al., 1994) .



د. ليزلي س. جرينبرج هو أستاذ في علم النفس في جامعة يورك في تورونتو بكندا . وقد تخصص في أبحاث العلاج النفسي ، وأصبح رائداً في صياغة المفاهيم والبحث في العلاج النفسي التجريبي . ويركز هذا التوجه العلاجي المنبثق عن التقليد الإنساني- الوجودي على خبرات العميل الخاصة أو عالمه الظاهري ، وعلى قدرة العميل على التغيير أو النمو ، وعلى قيمة العلاقة العلاجية والصدق العاطفي . وقد ألف د. جرينبرج 12 كتاباً ، وأكثر من 100 فصل أو مقال في كتب محررة . كما تلقى عدة مكافآت وجوائز على أعماله في هذا المجال ، منها جائزة الحياة المهنية المبكرة من جمعية البحث في العلاج النفسي . وقد أجاب د. جرينبرج عن عدة أسئلة تتعلق بوجهة نظره حيال مجال العلاج ، وفي تنبؤاته حول مستقبل علم النفس الإكلينيكي ، والعلاج النفسي التجريبي .

■ ما الذي أثار اهتمامك بمجال علم النفس الإكلينيكي؟

لقد انتقلت بعد حصولي على الماجستير في الهندسة عام 1970 إلى دراسة علم النفس ، لأنني كنت أسعى إلى مزيد من التواصل الاجتماعي والشخصي . لقد حصلت على البكالوريوس في الهندسة من جنوب إفريقيا ، إذ درست الهندسة بدلاً من الفيزياء لأنني أحب العمل مع الناس ، وظننت أن الهندسة منقودني إلى الإدارة والعمل مع الناس أكثر من غيرها . ولقد انخرطت مع مجموعة طلابية مناهضة للعنصرية في جنوب إفريقيا ، وعندما جئت إلى كندا في الستينيات من القرن العشرين ، لم أكن سعيداً بالهندسة ، وكنت أكثر اهتماماً بالناس . كما أنني رأيت علم النفس طريقة للانخراط بصورة أكبر في القضايا المعاصرة : النمو الشخصي والتغيير في المجتمعات .

■ حدثنا عن الأنشطة التي تقوم بها كأخصائي نفسي إكلينيكي .

أنا أدرّس الإرشاد والعلاج النفسي ، وأشارك في الأبحاث التي تدور حول عملية التغيير ، ودور الانفعالات في تلك العملية .

كما أنني أشرف على الممارسات الإكلينيكية للطلبة ضمن إطار الأبحاث التي أقوم بها . ولديّ عيادة خاصة أقابل فيها الأفراد والأزواج . وأقوم أيضاً بالكتابة .

■ ما هو تخصصك الدقيق أو مجالات اهتمامك؟

لقد تخصصت في أبحاث العلاج النفسي ، وأركز على عملية التغيير وعلى الأساليب التجريبية والتكاملية في التدخل العلاجي . وأهتم بالتحديد بإعادة العاطفة إلى العلاج النفسي ، إذ أراها عنصراً أساسياً في التغيير وقيام الفرد بوظائفه (وفي هذا المجال ، قمت بتطوير الاتجاه المتمركز حول العواطف (emotion-focused approach) للأفراد والأزواج ، كما قمت بالكتابة حول هذا الموضوع) .

■ ما هي التوجهات المستقبلية التي نتوقعها لعلم النفس الإكلينيكي؟

أعتقد أنه -في نهاية المطاف- سيكون هناك مجال واحد للدراسة ، وهو الصحة النفسية ، والذي تتكامل فيه ميادين مختلفة (علم النفس الإكلينيكي ، العمل الاجتماعي ، الطب النفسي ريجاء ، والتمريض) ، ومختلف مستويات التدخل العلاجي (البيولوجي ، النفسي ، الاجتماعي ... إلخ) . إضافة إلى انتهاء عهد المدارس العلاجية المختلفة والنزاعات بينها .

■ وما هي التوجهات المستقبلية للعلاج الخبروي/الإنساني- الوجودي من وجهة نظرك؟

أرى أن العلاج الخبروي سيتغلب على النظرة المتوارثة التي تنظر إليه بأنه "مجرد" الإصغاء ، وأنه قائم على نظرة الأشخاص إليه بأن نزعته لتحقيق الذات هي التي توجههم نحو الصحة ، وأن مجرد وعيهم بمشاعرهم سيقيدهم إلى الصحة . ورغم وجود شيء من الصواب في تلك الافتراضات ، إلا أنني أراها تزداد تمايزاً وقابلية للتعديل مع زيادة فهمنا للفرد ووظائفه . وسيتطور العلاج الخبروي نظرياً ، ويتجاوز افتراضاته الأصلية في نظريته إلى أداء الإنسان لوظائفه ، ليصبح أكثر دقة ، وقائماً على نظريات وأبحاث أكثر دمجاً للعاطفة والبيئية . كما سيقدم وجهة نظر عملية حول الوظائف والعلاج النفسي ، مما يتيح مزيداً من التفاصيل حول أفضل ظروف التدخل العلاجي ، وكيفية ظهور التغيير في مثل تلك الظروف . كما أنني أرى أن العلاج الخبروي سيعتمد على الأبحاث بشكل أكبر . وسيتوحد في النهاية مع الاتجاه اللامدرسي ، مما يزيد من فهم تلك العمليات التي تحدث أثناء جلسات العلاج .

العلاج بالمعاني Logotherapy

وبعد العلاج بالمعاني أحد أكثر أشكال العلاج الوجودي شيوعاً . وفي هذا الأسلوب ، يتم تشجيع العميل على إيجاد معنى للعالم الذي يبدو له قاسياً ولا ألبالياً وليس له أي معنى . وقد قام فيكتور فرانكل (Viktor Frankl) بتطوير هذا العلاج . حيث تشكلت أفكاره الأولى بتأثير فرويدي ، ولكن برزت آراءه الوجودية أثناء سعيه لإيجاد طرق لمواجهة خبراته في معسكرات الاعتقال النازية . إذ أنه فقد أمه وأباه وأخاه وزوجته في الهولوكوست النازي ، كما وصل إلى حافة الموت بدوره (Frankl, 1964) . وبدلاً من أن الأشخاص الذين لم يستطيعوا النجاة من تلك الخبرات هم أولئك الذين لم يمتلكوا إلا معانٍ تقليدية تساندتهم في الحياة . إلا أن مثل هذه المعاني لا يمكن أن تتفق مع وقائع الوحشية النازية ، مما يتطلب البحث عن معنى شخصي للوجود . ومن خلال خبرته في زمن الحرب ، واستبصاراته الوجودية التي أتاحت له فرصة البقاء ، فقد طور فرانكل العلاج بالمعاني ؛ وقد وصف أفكاره هذه في سلسلة من الكتب (Frankl, 1963, 1965, 1967) ونشير هنا إلى أن نظريته عن الشخصية وعن أهداف العلاج ، تتفق مع النظرة الوجودية التي ناقشناها سابقاً . على أية حال ، فإن العلاقة بين النظرية وتقنيات العلاج بالمعاني ، ليست واضحة أو منطقية دائماً .

لقد تم تصميم العلاج بالمعاني بحيث يتم العلاج النفسي التقليدي بصورة أفضل ، لا ليكون بديلاً له . فأكثر ما يهتم به فرانكل هو الجانب الروحي للحياة ، ويُعتبر علاجه مفضلاً عندما تكمن

المشكلة في معاناة الفرد من معنى الحياة أو جدواها ، إذ يعمل على غرس معنى لمسؤولية العميل الخاصة والتزامه مع الحياة (وذلك عند الكشف عن المعاني اللاحقة) . ويركز فرانكل على المسؤولية بشكل كبير ، إذ يعتبرها أكثر أهمية من الأحداث التاريخية في حياة العميل . والنقطة الحاسمة - كما يرى - هي معنى الحاضر والتطلع إلى المستقبل .

وبالتحديد ، يوجد أسلوبان محددان وضعهما فرانكل (1960) ، ونالا اهتماماً وشيوعاً كبيراً ؛ وهما : القصد المتناقض (Paradoxical intention) ، وتحريف التأمل (de-reflection) . والقصد المتناقض أسلوبٌ شائع ، يُطلب فيه من العميل -وعن وعي منه- أن يحاول القيام بالسلوك أو الاستجابة التي هي موضع قلقه وخوفه . إذ يُستبدل بالخوف هنا الرغبة المناقضة نفسها . ففي حالة العميلة التي تشكو خوفها من الارتباك عند إلقائها كلمة أمام مجموعة مثلاً ، سيطلب منها المعالج أن تخجل وترتبك في هذا الموقف . فالحقيقة المناقضة وفقاً لفرانكل هي أنها ستكون غير قادرة على الارتباك الذي تخاف منه عندما تحاول القيام به . وينبغي على المعالج أن يحاول القيام بهذا بنبرة رقيقة . وكمثال على ذلك ، أن عميلاً كان يخشى من الارتعاش أمام مشرفه ، فقام فرانكل (1965) بتلقينه أن يقول لنفسه : "أوه ، ها هو الأستاذ! والآن سوف أريه كيف أرتعش جيداً ؛ سأريه كيف يمكنني الارتعاش بصورة ممتازة" (ص . 226) . ويجدر بالذكر هنا أن هذا الإجراء شبيه بتلك الإجراءات المستخدمة في العلاج بالتعريض ، والوضحة في الفصل الرابع عشر .

أما أسلوب تحريف التأمل ، فيتضمن توجيه العميل إلى تجاهل السلوك أو العرض الذي يزعجه . إذ أن العديد من العملاء يبقون مشدودين إلى استجاباتهم وردود فعلهم الجسدية إلى حد كبير . وهنا ، يهدف أسلوب تحريف التأمل إلى تحويل اهتمام العميل إلى أنشطة وتأملات بناءة وأكثر إيجابية .

العلاج الجشطلتي Gestalt Therapy

ينصب التركيز في العلاج الجشطلتي على الخبرة الراهنة ، وعلى الوعي الحالي بالمشاعر والسلوك . حيث يحل "اتصال" (Being in touch) الفرد بمشاعره ، ووعيه بها ، محل البحث عن أصل السلوك . إذ تظهر المشكلات الوجودية من خلال الفشل في إيجاد معنى للحياة ، الأمر الذي نشأ نتيجة إطار الواقع التكنولوجي ، الذي يفصل الناس عن أنفسهم ، وعن بعضهم بعضاً . فقد طغت الحواسيب وطاقات الائتمان "اللاواقعية" على المعنى الحقيقي للحياة ، والذي لا يمكن إيجاده إلا من خلال الإحساس المباشر بالمشاعر . ومن هنا ، يحاول العلاج الجشطلتي إعادة إحياء التوازن الملائم لدى الفرد .

ويُعتبر فريدريك (فريتز) بيرلز (Fredrick (Fritz) Perls) الرمز الأكثر شهرةً في تطوير حركة العلاج الجشطلتي . إن خلفية بيرلز الأساسية تعود إلى الطب والتحليل النفسي . وقد غادر ألمانيا عام 1934 بعد وصول النازيين إلى السلطة ، واستقر في جنوب إفريقيا ، حيث أنشأ مؤسسةً للتحليل النفسي . ومع مرور الوقت ، بدأ بيرلز بالابتعاد عن عقيدة التحليل النفسي ليطور ما أصبح يسمى بالعلاج الجشطلتي فيما بعد . وقد هاجر بيرلز عام 1946 إلى الولايات المتحدة الأميركية ، إلى أن توفي عام 1970 .

وفي الحقيقة ، فإن العلاج الجشطلتي مزيجٌ من الأفكار والتقنيات المتنوعة . حتى أن المعالجين الجشطلتيين يختلفون فيما بينهم ، وكثيراً ما يبدو أنهم يتباهون بهذا التباين وعدم الاتفاق . فهدفهم على ما يبدو ليس بناء نظرية موحدة للعلاج ، وإنما التعبير عن إحساسهم الخاص بالتفرد وتفسيرهم للحياة ، من خلال قيامهم بالعلاج . حتى أن إسهامات بيرلز نفسها لم تكن نموذجاً موحداً متماسكاً . إذ تعبر بعض أعماله الرئيسية عن أفكار مختلفة ومتنوعة ، ومن أعماله : "الأنا ، الجوع ، والعدوان" (Perls, 1947) (Ego, Hunger, and Aggression) ، "العلاج الجشطلتي" (Perls, Hefferline, & Goodman, 1951) (Gestalt Therapy) ، "العلاج الجشطلتي حرفياً" (Perls, 1969a) (Gestalt Therapy Verbatim) ، و "داخل سطل القمامة وخارجه" (Perls, 1969b) (In and Out the Garbage Pail) وقد قدم كمبلر (Kempler, 1973) وصفاً لنظرية العلاج الجشطلتي ، وكذلك فعل سميث (E. W. L Smith, 1976) وبما يزيد الأمر غموضاً وبلبله ، حقيقة أن العلاج الجشطلتي ليس له علاقة فعلية بمبادئ فيرثايمر أو كوفكا أو كوهلر أو ليثين [رؤاد النظرية الجشطلتيّة] ، فالعلاقة بينهما سطحية ، أكثر من كونها جوهرية وعميقة .

الأفكار الأساسية Basic Notions

أساس العلاج الجشطلتي هو تصوّر الإنسان ككلٍ منظمٍ (an organized whole) ، وليس على أنه مجموعة غير مترابطة من المشاعر والمدرّكات والسلوكات . ولا يدخل في اعتبارات العلاج الجشطلتي تطوير الفرد لوعيه بنفسه فحسب ، بل وأن يطور وعياً للطريقة التي يهزم بها نفسه أيضاً . ويتم الوصول إلى هذا الوعي من خلال التعبير عما يشعر به الفرد الآن ، وفي كل لحظة بلحظتها . ومهما كان نوع العملية التي تعيق الفرد من الوصول إلى مرتبة أعلى من التكيف ، فينبغي أن يخبرها ويَعِيها ، بحيث تصبح بدورها جزءاً من وعيه . حيث يُفترض أن الإمكانيات الداخلية للفرد تستطيع تجاوز المشكلات المتعلقة بالتكيف . ولكن ينبغي عليه أولاً أن يعي العقبات التي تقف في طريق تكيفه هذا ، وبإمكاناته نفسها أيضاً .

وهنا ، يكون دور المعالج ميسراً ومحفزاً ، وذلك كي يساعد العميل على الوعي بالأساليب التي يمارسها دون وعي منه في منع إمكاناته الداخلية من التعبير عن وجودها . بالتالي ، فإن المعالج لا يقوم بإعطاء العميل أي مبرر للاستخدام غير الفعال لإمكاناته ، ولا يخبره بكيفية حدوث ذلك الأمر . وبدلاً من ذلك ، فإنه يبين للعميل أين تكمن المسؤولية عن تلك الخبرات الأكثر فعالية : في العميل نفسه . ويكون التركيز هنا منصّباً على الوعي باللحظة الراهنة ، وليس على الشفاء من الذكريات أو الدوافع المكبوتة . على أية حال ، فبالرغم من رفض بيرلز للعديد من خواص التحليل النفسي ، إلا أن توجهه في الواقع خليط من الوجودية والتحليل النفسي . إذ يبدو مثلاً أنه يتقبل بسهولة أهمية الاستبصار التحليلي ، عند أخذ طبيعة الدوافع والدفاعات بعين الاعتبار .

الآن The Now

بالنسبة لبيرلز ، فالواقع هو الآن ، والسلوك هو الآن ، والخبرة هي الآن . والبحث عن الأجوبة في الماضي يعني التعامل مع ما هو غير موجود . فالعلاج هو الآن ، وينبغي التعامل مع العميل وتشجيع وعيه بـ "الآن" أو بالوقت الراهن . ويمكن إدراك قدرة الفرد على التكيف والنمو من خلال مهاجمة أي شيء يهدد بنحويل الوعي عن "الآن" . وكما يقول بيرلز : "بالنسبة لي ، لا شيء موجود عدا الآن ، فالآن = الخبرة = الوعي = الواقع (Now = experience = awareness = reality) . أما الماضي فلم يعد موجوداً ، والمستقبل لم يوجد بعد . والموجود هو الآن فقط" (ص 14) .

وبالنسبة للمعالج الجشطلتي ، فإن القلق هو الفجوة ما بين الآن والـ "ما بعد" (الانشغال فيما يمكن أن يأتي به المستقبل) . كما أن الانشغال بالماضي يخلق أيضاً مجموعة من المشاعر السلبية ، ويقود التركيز على الماضي أو المستقبل إلى شل حركة الفرد في الحاضر . وعليه ، يُطلب من العميل أثناء العلاج أن يكرر : "الآن أنا أعني أن . . ." ، أو ربما يقوم المعالج بتكرار السؤال : "ما الذي تعنيه الآن؟" . إذن ، فدور المعالج هو تكرار تنبيه المريض إلى المشاعر والأفكار والخبرات الحالية . إلا أن المعالج لا يعطي أي تفسير ؛ إذ يفترض أن الوعي بـ "الآن" له قوته الشفائية الخاصة . وهذا الوعي من شأنه تمكين المريض من دمج جوانب شخصيته التي تم إنكارها سابقاً .

السلوك غير اللفظي Nonverbal Behavior

كثيراً ما يولي المعالج انتباهاً للسلوكات غير اللفظية لسبر أغوار دفاعات المريض ، وكشف الألعاب (games) التي تم لعبها . فقد يقول المريض شيئاً ، إلا أنه يوحي بما هو عكسه تماماً من خلال ما يصدر عنه من إشارات مختلفة . ولنأخذ المثال التالي :

المعالج : كيف تشعر؟

المريض : أنا هادئ ، وشعوري جيد .

المعالج : أنت كذلك حقاً؟

المريض : نعم .

المعالج : لِمَ أنت مشدودٌ ومتشنج ، وكأنك مدفع؟

المريض : لا ، لست كذلك .

المعالج : انظر إلى نفسك . انظر إلى رجليك ، اشعر بظهورك على الكرسي .

المريض : فهمت ما تعنيه .

المعالج : لندع التشنج يتكلم . ماذا يقول لك؟

المريض : أنا خائف من أن تفلت الأمور . أشعر وكأنني أحاول السيطرة على نفسي .

انتبه للإشارات غير اللفظية ، إذ استطاع المعالج الوصول مباشرةً إلى الخبرة الدالة . ثم قام باستخدام إشارة الوضع الجسدي لإبراز المشاعر الموجودة الآن وإخراجها ، وبذلك ساعد المريض على الوعي والاتصال بها .

الأحلام Dreams

فيما يطلب المحلل النفسي من المريض كل ما لديه من تداعيات ترتبط بالعناصر المختلفة في أحلامه ، فإن المعالج الجشطلتي -على العكس من ذلك- يميل إلى جعل المريض يكشف عن الحلم الآن ، في غرفة العلاج ، وهذا يعني تفعيل الحلم أيضاً . ووفقاً للمعالج الجشطلتي ، فإن التفسير لا يقود إلا إلى الاستبصار الذهني . وفي العلاج الجشطلتي ، يكتشف المريض ذاته الداخلية من خلال مواجهته المباشرة لخبرة الحلم . فالحلم ينقل رسائل معينة ، أو حتى يجسد أوجهاً متصارعة من الذات . فهو نوع من الانعكاس المكثف للوجود الخاص للفرد ، وللطرق التي يستخدمها لتجنب مواجهته لذاته . ومن خلال لعب الأدوار المختلفة للأشخاص أو الأشياء في الحلم ، يمكن للفرد أن يتعلم كيفية إدراك الأجزاء المستبعدة من ذاته وتعريفها ، ومن ثم القيام بتفسيرها ودمجها .

المنتصر-الخاسر Topdog-Underdog

عندما تتضمن الصراعات أوجهاً متعارضة للشخصية ، قد يُطلب من المريض أن يقوم بأخذ دور كل من هذه الأوجه ، ويقوم بالحوار نيابةً عنها . والأجزاء المتعارضة عادةً ما تشبه الأنا الأعلى والهو

لدى فرويد . فالمنتصر هو الأنا الأعلى ، والذي يتضمن استدماج الأفكار التي ينبغي أن تكون أو "الوجوبيات" (shoulds) في الشخصية (إملاءات الآباء وما شابهها) . أما الخاسر فإنه بمثابة الهو ، إذ أنه فطري ومراوغ وبدائي ، ويعطل جهود المنتصر باستمرار . ويمكن للمريض أن يدمج بين هذين الدورين المتصارعين للشخصية ، من خلال القيام بلعب كلا الدورين حوارياً .

الدفاعات The Defenses

يهدف العلاج الجشطلتي إلى الكشف عن الألعاب التي يلعبها العميل ، والدفاعات التي يخبئ وراءها . ويفسر بيرلز السلوك العصابي على هيئة مستويات : ففي المستوى الأول يقوم العميل بالألعاب يتجنب من خلالها مواجهة ذاته ، وبشكل عام ، فإنه لا يكون صادقاً أو أصيلاً . ويقوم العلاج الجشطلتي بدفع الفرد نحو الخبرة بحيله ودفاعاته والوعي بها ؛ إلا أن هذا الوعي يشكل تهديداً له ، لأنه يقوده إلى الإحساس بتلك المخاوف العديدة التي ساعدته الحيل على تجنبها أصلاً . والسلوك الصادق أو الأصيل يهدد الفرد أيضاً ، إذ قد يقوده إلى نتائج مريعة (أو هكذا يفترض العميل) . وفي الواقع ، فإن الكشف عن حقيقة مصادر الدعم البيئية يؤدي إلى شعور العميل بالرعب فعلاً ، وبأن إمكاناته الداخلية وقدرته على النمو ، لا تجاري التخلي عن دفاعاته العصابية لصالح سلوكات صادقة ومستقلة . ولكن العميل يصبح أخيراً على وعي بحالة الخواء التي نجمت عن مخاوفه وشكوكه وقلقه . وهذا الوعي كفيل بأن يدفع الفرد نحو خبرة حية وكلية وأصيلة .

المسؤولية Responsibility

في العلاج الجشطلتي ، من المهم الوصول بالعمل إلى تقبل مسؤولية أفعاله ومشاعره ؛ إذ أنها تعود إليه ، ولا يمكنه إنكارها أو الهروب منها أو لوم الآخرين عليها . وباختصار ، إذا أراد المرء أن يستخلص الكلمات الأربع الأكثر أهمية في العلاج الجشطلتي ، والتي تصفه بأفضل صورة ، فسنكون هذه الكلمات هي : الوعي ، الخبرة ، الآن ، والمسؤولية .

القواعد The Rules

وتتضمن قواعد العلاج الجشطلتي (Levitsky & Perls, 1970) ما يلي :

- 1 . التواصل مع العميل بصيغة الحاضر (ومن غير المحبذ النظر إلى الوراء أو الأمام) .
- 2 . التواصل بين أنداد متساوين (فالمرء يتحدث مع ، وليس إلى) .
- 3 . استخدام صيغة "أنا" في الكلام ، وليس صيغة "الشيء" (لتشجيع تقبل المسؤولية) .
- 4 . تركيز العميل باستمرار على الخبرة الآنية (مثال : أن يسأل المعالج العميل : "كيف تشعر وأنت تصف العدائية؟" أو "أخبرني بما تشعر به في هذه اللحظة") .

5 . لا للقليل والقال (الحديث عن أمور أخرى) في العلاج .

6 . الأسئلة غير محبذة (لأنها عادةً ما تكون وسيلةً للتعبير عن الآراء ، بدلاً من البحث عن المعلومات) .

الألعاب الجشططية Gestalt Games

لقد نال الجشططيون اهتماماً كبيراً لتطويرهم ما يسمى بالألعاب (Levitsky & Perls, 1970) . وكمثال على ذلك ، يُطلب من المريض أن يضيف عبارة "وأتحمل مسؤولية ذلك" عند حديثه عن أشياء تخصه ، كأن يقول : "أنا لست شخصاً سعيداً . . . وأنا أتحمل مسؤولية ذلك" . وهناك لعبة أخرى تتطلب من العميل تكرار بعض العبارات أو التعليقات -التي يعتقد المعالج أنها مهمة- مرة بعد أخرى (بصوت أعلى فأعلى) . كما يتم توظيف أشكال مختلفة من لعب الدور . إلا أنه لم يتم التحقق تجريبياً من مدى إمكانية تعميم الآثار الإيجابية لهذه الألعاب خارج غرفة العلاج .

الأحكام الأخلاقية Moral Precepts

لقد قام نارانجو (Naranjo, 1970) بوصف "الأحكام الأخلاقية" (قواعد حياة المريض) للعلاج الجشططية :

- 1 . عش الآن (اهتمّ بالحاضر ، وليس بالماضي أو المستقبل) .
- 2 . عش هنا (اهتمّ بما هو موجود ، وليس بما هو غائب) .
- 3 . توقف عن النخيل (اختبر الواقع فحسب) .
- 4 . توقف عن التفكير غير الضروري (انجه إلى ما تسمعه وتراه وتشمه وتتذوقه وتلمسه) .
- 5 . قم بالتعبير مباشرةً (لا تفسر أو تطلق الأحكام أو تتلاعب) .
- 6 . كن واعياً بما هو سار أو ما هو غير سار .
- 7 . ارفض كل "ما ينبغي" و "ما يجب" بما هو ليس لك .
- 8 . تحمل المسؤولية التامة عن أفعالك وأفكارك ومشاعرك .
- 9 . سلّم بما أنت عليه حقاً .

تعليقات ختامية Concluding Comments

وكما ذكرنا في الفصل الحادي عشر ، فقد وجد سميث ورفاقه (Smith et al., 1980) حجم أثر بمقدار 0.64 للعلاج الجشططية ، وذلك بناءً على التحليل البعدي لعدد من الدراسات المتعلقة بهذا

الموضوع . إذن ، فالعميل العادي الذي يتلقى العلاج الجشططي ، يكون أداؤه لوظائفه أفضل من 74% من أولئك الذين لم يتلقوا أية معالجة . لسوء الحظ ، لم تُنشر إلا قلة من الدراسات التي تتناول العلاج الجشططي بعد نشر المراجعة المذكورة . ولم تدل أي من الدراسات التي ظهرت حديثاً على أن العلاج الجشططي أفضل من أنواع العلاج الأخرى (Elliott et al., 2004; Greenberg et al., 1994) ، بل إن بعضها يشير إلى أنه أقل فعالية منها . وأحد الأسباب التي تجعلنا لا نعرف إلا القليل نسبياً عن العلاج الجشططي ، هو أن معظم المعالجين الجشططيين يعارضون فكرة البحث معارضة شديدة . ولأسباب ليست واضحة دائماً ، ينظر هؤلاء إلى أبحاث التقييم على أنها أمرٌ لا إنساني تقريباً .

وقد تجذّر العلاج الجشططي في أميركا في حقبة من الاغتراب والاضطراب الاجتماعي . لذا ، ربما يكون معظم العملاء الذين يلائمهم هذا العلاج هم الشباب المثقفين جيداً ، والذين تتمركز مشكلاتهم حول الشعور بالاغتراب الشخصي والعزلة . ويبدو أن المعالجين من ذوي التوجهات الجشططية يكونون بأفضل مستوى من الأداء عند عملهم مع الجامعيين أو المثقفين ، الذين فقدوا الاتصال بمشاعرهم وبخبراتهم الآنية . إلا أن العلاج الجشططي بالتأكيد ليس ترياقاً مناسباً لجميع المرضى ، بل إن هذا الأمر ينسحب على جميع أشكال العلاج النفسي في الواقع . وعلى أية حال ، فإن إمكانية أن يصبح العلاج الجشططي أكثر من مجرد حلٍّ باهر ، أو علاج قادر على التصدي لمشكلات الحياة لدى شريحة واسعة من المرضى ، ما تزال أمراً نتطلع إلى حدوثه . وفي ظل تعامل العلاج الجشططي مع الحاضر فقط ، فهناك خطورة بأن يصبح بمثابة حلٍّ مؤقت قصير الأجل ، يستبدل البحث عن معنى للحياة بمتعة ذاتية جذابة ، لأفراد أحبطهم المجتمع التقني ، وعانوا من سيطرته عليهم وهيمنته إلى حد بعيد . وفي الوقت نفسه ، فقد أظهر العلاج الجشططي بالفعل قوة ثابتة ، وذلك بدرجة أكبر مما تخيلها كثيرون .

العلاج الخبروي (PET) *Process-Experiential Therapy*

قبل اختتامنا لهذا الفصل ، من المهم تقديم شكل معاصر من أشكال العلاج الإنساني - الوجودي ، يبدو أن له أثره في هذا المجال . والعلاج الخبروي (Greenberg, Rice, & Elliott, 1993) يجمع ما بين تقاليد كل من العلاج المتمركز حول العميل ، والعلاج الجشططي . والافتراض النظري وراء العلاج الخبروي هو أن العواطف تُعدّ تكيّفية في أساسها ، وأنها تعطي قيمة ومعنى واتجاهاً لخبراتنا الحياتية (Elliott, Watson, Goldman, & Greenberg, 2004) ولأن العواطف تساعدنا على دمج خبراتنا الحياتية ، فإن تنظيم الذات عاطفياً يعد ضرورياً للنمو الشخصي . ويأتي الاضطراب الوظيفي من هذا المنظور ، نتيجة ضعف قدرة الفرد على دمج الخبرات في الذات بصورة متماسكة ،

وضعف قدرته على خبرة الحالات العاطفية والتعرف عليها ، وكذلك ضعف القدرة على تنظيمه لمشاعره . ويمكن لمثل هذا الاختلال الوظيفي أن يؤثر بدوره في مستوى رضا الفرد عن حياته ، وفي نوعية علاقاته بالآخرين .

وفي العلاج الخبروي ، يقوم المعالج بتوفير بيئة آمنة وداعمة ، يمكن للعميل فيها أن يصبح أكثر وعياً بالجوانب المختلفة من نفسه ، وأن يتصل بحالاته العاطفية ويستكشفها ، كما يمكنه أن يتعلم تنظيم هذه الحالات الانفعالية بشكل أفضل . ويتم الوصول إلى هذه الأهداف من خلال المشاركة في عدد من المهام العلاجية ، بما فيها التركيز ، الحوار على كرسيين ، وتقنية الكرسي الشاغر (Greenberg et al., 2003) .

وبالرغم من أن العلاج الخبروي يعد علاجاً حديثاً نسبياً ، إلا أنه حاز على بعض الدعم التجريبي . إذ بين التحليل البعدي أنه علاج فعال (خصوصاً للأزواج) وأنه جيد مقارنة بأنواع أخرى من العلاج (Elliott, Greenberg et al., 2004) . وبالتالي ، يبدو أن هذا النوع الجديد من العلاج الإنساني- الوجودي ، يعد تطوراً مهماً في العلاج النفسي .

تقييم موجز للعلاج الظواهرية والعلاج الإنساني-الوجودي

Summary Evaluation of Phenomenological and Humanistic-Existential Therapies

كما سبق وذكرنا في هذا الفصل ، لا يوجد عدد كافٍ من الدراسات التجريبية لتقييم فعالية وتأثير العلاج المتمركز حول العميل ، والعلاج الجشطلني ، والعلاج الخبروي ، وغيرها من أنواع العلاج الإنساني-الوجودي . وهذا الأمر غريب جداً ؛ نظراً إلى الدور الرائد الذي احتله كارل روجرز في مجال البحث المتعلق بالعلاج النفسي . وبالرغم من أن بعضهم يعتقد بأن هذه الحال قد تغيرت (Elliott, Greenberg, et al., 2004) ، إلا أن قلة عدد الدراسات المضبوطة هنا ، تجعل من تقييم فعالية هذه الأنواع العلاجية وتأثيرها أمراً غاية في الصعوبة . وبناءً على ذلك ، يبدو أن نجاعة هذه الأنواع العلاجية تتغير من وقت لآخر . إلا أنها ، وبصورة عامة ، لا تختلف بذلك عن غيرها من أنواع العلاج . وهنالك حاجة لإجراء المزيد من الأبحاث في هذا المجال ، خصوصاً فيما يتعلق بالحالات الإكلينيكية ، التي تلائمها هذه الاتجاهات أكثر من غيرها .

وكغيرها من أنواع العلاج ، فالمعالجات الظواهرية والإنسانية-الوجودية المذكورة في هذا الفصل لها إسهاماتها ، مثلما أن لها مشكلاتها . وسوف يتذكر القارئ أن عدداً من النقاط التالية قد ذكرت سابقاً ، خصوصاً في معرض حديثنا عن الاتجاهات الوجودية .

فلنبداً بعرض بعض الإسهامات الأساسية للاتجاهات الظواهرية والإنسانية-الوجودية .

الخبرة Experience

لقد ساهمت هذه الأنواع العلاجية في التأكيد على النظرة القائلة بوجوب اعتماد الإكلينيكين على أكثر من مجرد تحديد الانحراف الرياضي أو الكمي ، أو تعداد شروط المثير أو البيئة ؛ وذلك من خلال تأكيدها على أهمية الخبرة الداخلية للفرد ووعيه . فالخبرة الإنسانية غنية ومتنوعة الأطياف ، وتتراوح ما بين المتعة والمعاناة ، ويمكن للأخصائيين الإكلينيكين أن يخطئوا إذا ما تجاهلوا هذه الأمور في نظرياتهم أو معالجاتهم . وقد استطاع المحور الظواهري الإنساني-الوجودي أن يعيدهم ثانية للاتصال بشكل أفضل بتلك المعطيات الجوهرية المتعلقة بالخبرة والوعي .

الخيارات Choices

وتذكرنا أشكال العلاج الظواهري والإنساني-الوجودي ، بأن الإنسان هو أكثر من مجرد حلقات متتابعة من الغرائز والدوافع والعادات . فنحن لسنا مجرد آلة تسنجيب للمثيرات ، بل إننا نمارس الاختيار واتخاذ القرار ، كما أننا قابلون للتغيير وقادرون على تفحص أنفسنا . نعم ، بل ويمكننا حتى أن نختار كلمات مثل "الإنسانية" و"الوجودية" . فالبشر ليسوا مجرد موضوعات للدراسة فحسب ، بل إنهم يبادرون بها أيضاً . ولقد حاول علم النفس قديماً أن يتنكر للصفات الإنسانية الجوهرية ، وذلك بالسير الأعمى على خطى البيولوجيين والأطباء ، وبالرغم من عدم وجود بوادر حل قريب للجدلية القائمة حول حرية الإرادة مقابل الحتمية ، إلا أن هنالك وعياً متزايداً بأن النظرة البسيطة للحتمية قد تكون نظرة عقيمة وغير مجدية .

الحاضر The Present

لقد ساعد الظواهريون -من خلال تركيزهم على الحاضر- على التخلي عن النظرة القائلة إن التغيير الإيجابي لا يمكن أن يحدث إلا من خلال الاستبصار بالماضي أو الوعي المستنير بالطبيعة الفعلية للاشعور . ومن خلال ممارستنا للاختيار والمسؤولية ، يمكننا أن نقوم بتشكيل الحاضر ؛ وبالتالي نكون قد تجنبنا قيود الماضي ، أو الوقوع في قبضته .

العلاقة العلاجية The Relationship

تُعلّق المعالجات التي ذكرناها في هذا الفصل أهمية كبرى على العلاقة العلاجية ، وتمثل هذه المعالجات نموذجاً لا تنصار العلاقة على التقنية . فلطالما أوصت أنواع العلاج التقليدية بحيادية المعالج

وسلبية في علاقته مع المريض ، حيث نراه يتدرب على مهارات الاعتدال في توجيه الاهتمام نحو المريض ورباطة الجأش أمامه ؛ وسواءً كان الدور الحديث للمعالج يتسم بالتقبل الإيجابي غير المشروط أو بـ "مواجهة" المريض ، فلقد تغيرت الأمور حتماً . فمن الواضح أن العلاقة العلاجية أصبحت غاية في الأهمية ، وتسهم بشكل أساسي في نجاح أي نوع من العلاج النفسي أو فشله . وبهذا ، لم تعد العلاقة العلاجية ستاراً خلفياً مهماً ؛ إذ أصبحت جزءاً أساسياً من الواجهة الأمامية لأية معالجة كانت ، ويعود ذلك جزئياً لإسهامات المعالجين الظواهريين والإنسانيين- الوجوديين .

النمو Growth

لعدة سنوات ، كان التركيز في العلاج النفسي منصباً على الاضطراب النفسي أو المرض أو العجز السلوكي . على أية حال ، لقد جاء الإنسانيون والوجوديون ليؤكدوا على النمو الإيجابي . فهم لا يبحثون عن المرض بقدر بحثهم عن التزعة إلى تحقيق الذات أو إمكانات النمو . كما أنهم لا يهدفون إلى احتواء المرض ، وإنما يسعون إلى تحرير الوعي والشعور والوجود ، وازدهار الخبرة والحرية . ومع أن هذه اللغة الجذابة فيها من السحر ما يصل بنا إلى الارتباك ، إلا أنها مع ذلك تُبرز ما هو إيجابي لدى الإنسان ، بدلاً من التأكيد على ما هو سلبي . بالتالي ، لم يعد الهدف مجرد الشفاء من الاضطراب النفسي ، بل وتحقيق النمو الشخصي أيضاً . ولقد ظهر العديد من المعاهد ومراكز التطوير الذاتي ، وجماعات المواجهة ، والخلاوات الأسبوعية ، لخدمة أولئك الذين يشعرون بالحاجة إلى خبرات توسع من آفاق وعيهم ، وتزيد من أصالتهم كبشر .

الانتقادات Criticisms

والآن يمكننا الانتقال إلى الوجه الآخر من العملة ، في تقييمنا للاتجاهات الظاهرية والإنسانية- الوجودية .

اللغة المتحاملة Prejudicial Language

تُتهم الحركات الإنسانية- ذمائل المنحى المتمركز حول العميل - أحياناً باستخدام اللغة المتحاملة . فاستخدامها المستمر لكلمات مثل الإنسانية والتقبل والحرية وتحقيق الذات والنمو والأصالة ، يوحي ضمناً بأن الاتجاهات الأخرى تذهب مذهباً لا إنسانياً ورافضاً ومتسلطاً وخاوياً ومزيفاً . ومع ذلك ، فجميع المحللين والأطباء النفسيين ، والمعالجين السلوكيين والمعرفيين ، والمعالجين الانتقائيين تقريباً ؛ هم أشخاص متقبلون ، وشديدو الاهتمام بمرضاهم ، وملتزمون ومتسامحون معهم ، كما أنهم يبذلون جهدهم دائماً لمساعدة مرضاهم على الإحساس بالحياة بصورة أغنى وأكثر إشباعاً . باختصار ليست كل السمات التي يُقال إنها جوهر الحركة الإنسانية ، حكرًا عليها دون غيرها .

إن الاعتماد على الخبرة الذاتية للعميل ومشاعره ، يقيّد الأخصائي الإكلينيكي بمصدر للمعلومات قد يكون غير ثابت أو متحيزاً أو خادماً لنفسه ، وخالياً من أكثر السمات إنسانية : المنطق . فالسؤال هنا بدور حول إذا ما كان بمقدور المشاعر أو حالات الوعي التأملية -التي لا يخالطها تحليلٌ متزن أو منطق أو استبصار- أن تقود الفرد إلى تكيف دائم ، من شأنه أن يزيد من رضاه الذاتي ومساهمته الاجتماعية . من الواضح الآن أن معظم الأفراد لا يمكنهم حل سائر مشكلاتهم ومخاوفهم ومعاناتهم الشخصية بمجرد التحليل الرزين والاستنتاج المنطقي ، لكن الاستغراق في الذاتية لا يمكنه أن يقود إلى حل أيضاً . ولربما كانت الخلاصة هنا هي أن أياً من الطريقتين وحدها غير كاملة على الأرجح ، وبالتالي فإنها أقل نجاحاً . إذ أن الإنسان يفكر ويشعر ويمر بخبرات مختلفة ، كما أنه يسترشد بالماضي ، ويشده طموحه إلى المستقبل . إن أي توجه يركز على مجرد السلوك وحده أو الخبرة وحدها أو الاستبصار وحده ، يتجاهل الكثير مما يعتبر أساسياً بالنسبة للإنسان . وإذا كان لأحد هذه التوجهات بمفرده أية جدوى (ولولفترة بسيطة على الأقل) ، فمن المحتمل أن يكون ذلك نتيجة تناوله لناحية في نفس الفرد ، لطالما تم تجاهلها . فالمريضة التي تعاني من الكبت الشديد والكف ، والتي تميل إلى عقلنة الأشياء كوسيلة دفاعية ، قد تجد متعة كبيرة في العلاج بأسلوب "الآن الوجداني" أو "الآن العاطفي" (emotional now) ، الذي يقوده ويديره معالجٌ حساس . إلا أن التخلي عن التحليل العقلي والاستنتاج لفترة طويلة ، قد يؤدي بدوره إلى مشكلات أخرى .

المجال الظواهري Phenomenal Field

وهناك إشكال آخر يواجه أنواع العلاج هذه ، يتعلق بمدى إمكانية أن يفهم شخصٌ ما طبيعة الخبرات الذاتية لشخص آخر بصورة تامة . إذ تقول الظواهرية إن سلوك الشخص يتحدد بمجاله الظاهري كما هو موجود في لحظة ما ، وهذا يضع المعالج في موقف ينبغي فيه معرفة العالم الداخلي لخبرات المريض بغرض الفهم أو التنبؤ . ولكن كيف يمكن للإكلينيكين أن يصلوا إلى ذلك العالم؟ وكيف يمكنهم الهروب من خبراتهم الماضية التي شكلت إدراكاتهم الخاصة؟ وكيف يمكنهم إدراك الوعي الظواهري للمريض دون تحيز؟ يبدو أن وجهة النظر الظواهرية تتطلب من الإكلينيكين أمراً يستحيل تحقيقه ، نظراً لطبيعة الإنسان المتحيزة وغير التامة .

وليست المشكلة في التعاطف مع المريض والتقرب من خبراته ، ولا في "محاولة الجلوس مكانه" . فمن المفيد دائماً أن يستطلع المعالج خبراته الخاصة لفهم مشاعر المريض وأزماته بصورة أفضل (مع إدراكه بالطبع لمخاطر التحيز) . ولكن المشكلة تكمن في الاعتماد الكلي على المعرفة الدقيقة للأخصائي الإكلينيكي للخبرات الداخلية للمريض ، لكي يكون بإمكانه العمل كأخصائي .

هنالك تجاهل تام لمسائل التقييم والتشخيص من قبل العديد من التوجهات الإنسانية- الوجودية ، وذلك لا اعتقادها القائل إن التقييم يتدخل في العلاقة التعاطفية ويدمرها . ويُنظر إلى التقييم كاعتماد على حرية الفرد وكرامته ، كما يُعتقد أنه يعيق فرص تحقيق الذات لدى العميل ، وذلك من خلال ما يفرضه المعالج من تصورات .

وسيوافق كثيرون على أنه من غير الضروري أن يأخذ التشخيص دائماً مظهره القياسي التام . ولقد أدت الحركة الإنسانية- الوجودية بالفعل خدمة حقيقية بتحذيرها من الممارسات المفرطة في مجال التشخيص الإكلينيكي ، وإشارتها إلى أن التشخيص فيه تأكيد زائد على الاضطراب النفسي ، بدلاً من التأكيد على إمكانات النمو أو جوانب القوة لدى المريض . كل هذا صحيح إلى حد أصبح فيه التشخيص عبارة عن نقص لمواطن الضعف بدلاً من مواطن القوة أو مصادرها .

ولكن إذا تحلى الأخصائي الإكلينيكي عن التشخيص تماماً ، فأين سيضعه هذا؟ على الأغلب ، لن يجد أمامه سوى التقارير اللفظية للعميل ، بكل ما تتضمنه من احتمالات التشويه والتحريف والنقص . وقد يكون الإيمان بقدرات العميل في حل مشكلاته من خلال الاتصال الوثيق بمشاعره الخاصة ؛ مفيداً مع الأشخاص اليافعين والأذكياء ، والقادرين على الاستبطان ، وذوي الخبرة ، الذين لا يعانون من الاضطراب الشديد . ولكن ماذا عن المريض الذهاني أو الذي يعاني من اضطرابات نفسية-جسمية؟ وكيف يمكن التعامل مع شخص ذي قدرات لفظية متدنية وحاد أدنى من التعليم ، ولم يتعلم قط كيف يستبطن ما في نفسه؟ هل يقوم الإكلينيكي بتجاهل التقييم في حالة الشخص الذي يواجه مشكلات تكيفية ، أو يعاني من التخلف العقلي مثلاً؟ لا يمكن لأحد سوى إدانة التقييم الذي ينحصر هدفه في إعطاء لقب أو تسمية . أمّا حظر جميع أشكال التقييم ، فهو أمر سوف يجعل المعالج في مستوى لا داعي له من الجهل ، وموقف لا يُحمد عليه .

التمركز حول التقنية Technique-Centered

ربما كان أحد أسباب تجاهل المعالجين الإنسانيين- الوجوديين للتقييم هو أنهم يعالجون جميع المرضى بطريقة واحدة . إذ يبدو أن العديد منهم يؤمنون بإمكانية حل أي مشكلة من خلال التقبل والتقدير الإيجابي ، والتأكيد على مسؤولية الفرد عن ذاته ، بحيث لا يبدو ثمة حاجة للتشخيص . ولكن إذا كانت المسألة على هذا النحو ، فإن اتهام العديد من الإنسانيين الوجوديين لتحليليين والسلوكيين بأن علاجهم يتمركز حول التقنية ، سينقلب ضدهم كذلك . وإذا ما نظرنا إلى كل الذين يضعون قدمهم داخل غرفة العلاج على أن لديهم المشكلة الأساسية نفسها ، وأن علاجهم جميعاً هو

نفسه دائماً ، فإن مثل هذه التوجهات ، بهذا المعنى ، تعدّ متمركزة حول التقنية . رغم ذلك ، يبدو أن هناك إدراكاً متزايداً لدى الإكلينيكين بأهمية الحصول على المعلومات التي تتيح لهم النظر في أكثر أنواع العلاج ملاءمةً لمريض معين . ومثل هذا الإدراك كفيف بتعزيز دور التشخيص مستقبلاً ، أكثر فأكثر .

نقص الأبحاث Lack of Research

وكما ذكرنا سابقاً ، فقد أُجري عدد قليل نسبياً من الأبحاث التجريبية التي تتناول العلاج المتمركز حول العميل أو العلاج الظواهري-الوجودي ، مقارنةً بغيره من أنواع العلاج الرئيسية . ولربما يشكل هذا الأمر مشكلةً لعدة أسباب : أولاً ، في هذا العصر الذي ينسجم بإدارة الرعاية الصحية وانتشار الوعي لدى المرضى ، ربما يتم تحاشي المعالجات غير المدعومة تجريبياً أو تجاهلها . فمن الصعب مثلاً أن نتخيل قيام إحدى مؤسسات الصحة السلوكية بدفع أتعاب لمعالج ، لا يمكنه تقديم المسوغات التجريبية التي تدعم اختياره للعلاج المتمركز حول العميل ، أو رفضه تبني أهداف موضوعية للعلاج . ثانياً ، من المتوقع أن يقل تركيز برامج التدريب العلاجي على هذه المعالجات وتركز اهتمامها على تلك المعالجات المدعومة تجريبياً ، والتي تخضع للتقييم باستمرار ، وتفضلها مؤسسات الرعاية الصحية . وأخيراً ، فإن النقص النسبي للدراسات قد يعطي انطباعاً بأن هذه المعالجات موضع اهتمام من زاوية تاريخية ، ولا تربطها صلةٌ بالممارسة الإكلينيكية المعاصرة . وكما قال نوركروس وهيدجز وكاسل (Norcross, Hedges, & Castle, 2002) ، فإن الاتجاهات الإنسانية والوجودية والجشطلتية والروجرية ، هي من بين الاتجاهات الأقل تأييداً من قبل الأخصائيين الإكلينيكين المعاصرين (إذ أفرها أقل من 2% من الإكلينيكين الذين أجابوا عن الاستبانة) . وينبغي على مؤيدي هذه المناحي النظرية أن يأخذوا هذه التوجهات بجدية ، وأن يأخذوا باعتبارهم ما يتركه عدم التأكيد على البحث التجريبي من تأثير على الوعي المهني والعام .

اللغة المبهمة Obscure Language

أما المشكلة الأخيرة بالنسبة للعديد من يحاولون فهم طبيعة ما تقدمه الحركة الإنسانية-الوجودية ، فهي تتعلق باستخدام اللغة . ويكمن جزء من هذه الصعوبة في نقص تماسك الحركة نفسها ؛ فهناك الكثير من التباين في الموضوعات والمفاهيم ، بحيث أصبحت لغتها غامضةً وغير معروفة جيداً . وإضافةً إلى ذلك ، فهناك نوعٌ جامعٌ غير مضبوط من الكتابة ، مما يؤدي إلى توظيف معانٍ مختلفة معها . فالمصطلحات هنا غامضة بحيث يكون أي تفسير لها ممكناً ، وكأن هذه اللغة اتخذت لنفسها حياةً خاصة بها . وفي الحقيقة ، من الممكن وضع سلسلة من الكلمات معاً ، بحيث

تجعلها أشبه بالمحاضرة أو المقالة البليغة في علم النفس الإنساني الوجودي ، رغم أن الكاتب نفسه ليست لديه أدنى فكرة حول معناها . وهذا يشبه ما يفعله الممثل الكوميدي حين يقلّد حديثاً بلغة أجنبية ، دون استخدام كلمات حقيقية ، بل مجرد إصدار بعض الأصوات المميزة والتشديدات اللازمة .

ومن خلال قراءة أعمال ماسلو وروجرز وبوجينتال وبوس وبينزوانجر وغيرهم ، سنجد عبارات ومصطلحات رثانة ، مثل : الصمت الداخلي (internal silence) ، تمرينات الوعي المتناغم من هنا إلى هناك (from here-to-there rhythmic awareness exercises) ، الحاجات البعيدة (meta-needs) ، خبرات الذروة (peak experiences) ، الوجود (Dasein) ، الأصالة (authenticity) ، عملية "أنا" (I-process) ، "أن يكون" (being) ، المُجابهة (encounter) ، ونقطة المرض (sick point) ومن المؤكد أن لكل نظرية حصتها من المصطلحات الجديدة ، ولكننا نلاحظ أن الحركة الإنسانية-الوجودية تعشق هذه المصطلحات بشكل خاص . ولقد ساعدت هذه اللغة على إبراز الانفصال الواعي لهذه الحركة عن أي تحالف مع العلم . إلا أن الحركة ، ومن خلال قيامها بـ "أنسنة" مصطلحاتها ومفاهيمها ، ربما وضعت العديد من العوائق أمام القبول الأوسع لبعض عناصرها المهمة وإسهاماتها .

ملخص الفصل Chapter Summary

ربما يكون العلاج المتمركز حول العميل الذي جاء به كارل روجرز هو أفضل مثال للاتجاه الظواهري والإنساني الوجودي في العلاج النفسي . وقد تطور هذا النوع من العلاج نتيجة رد فعل روجرز على وجهة نظر التحليل النفسي التقليدية ، فيما يتعلق بالاضطرابات والصحة النفسية . وبدلاً من تبني هذا المنظور الحتمي والمتشائم إلى حد ما ، فقد تركزت نظرة روجرز على العالم الظواهري للعميل وخبرته ، ونزعتة الفطرية نحو تحقيق الذات . ويحاول المعالج - من خلال العلاج المتمركز حول العميل - أن يعزز إمكانات النمو لدى العميل من خلال الفهم المتعاطف ، والتقبل الإيجابي غير المشروط ، والأصالة . وبشكل عام ، يتجاهل هذا العلاج عمليات التشخيص - التقييم الرسمي - و "التقنيات" العلاجية . والاتجاهات الإنسانية-الوجودية في حقيقتها تشبه العلاج المتمركز حول العميل من حيث تركيزها على الإرادة الحرة للعميل ، وعلى إمكاناته الكامنة ، وقدرته على الاتصال مع مشاعره

الخاصة . وأخيراً ، فإن ظهور العلاج الخبروي -والذي قام بدمج تقاليد العلاج المتمركز حول العميل والعلاج الجشطلتي- يعد تطوراً جديداً ومهماً في هذا المجال .

ولقد قدمت تلك الأنواع العلاجية إسهامات مهمة في مجال العلاج النفسي . إذ تم وضع الخبرة الداخلية للعميل ومشاعره وإرادته وإمكانات غوه في المقدمة ، كما أن التركيز على أهمية العلاقة العلاجية يعد من إسهاماتها أيضاً . وعلى أية حال ، فإن هذه الاتجاهات لها مشكلاتها أيضاً . فلغتها المتحاملة تعني أحياناً وبشكل ضمني أن التوجهات الأخرى غير حساسة ، لا بل ومؤذية . كما أن هنالك شيئاً من المبالغة في التركيز على العواطف ، والتقليل من شأن السلوك ، كما نلاحظ كثرة استخدامها اللغة الاصطلاحية غير الواضحة ، إضافة إلى تحيزها ضد البحث التجريبي والتقييم الرسمي . هذا ، وما تزال الطرق التي يمكن من خلالها تعديل هذه الأنواع العلاجية ، أو المحافظة عليها بالشكل الحالي ، أمراً مجهولاً . كما أن هنالك عدداً من التوجهات (كإدارة الرعاية الصحية السلوكية) التي أصبحت تهدد رواج هذه المعالجات والإفادة منها .

المصطلحات:

- العلاج المتمركز حول العميل (Client-centered therapy): نوع من أنواع العلاج النفسي ، تم تطويره على يد كارل روجرز ، يركز على أهمية إدراك العميل لخبراته ، وعلى نزعتة الإنسانية الفطرية لتحقيق ذاته وقدراته . ويسعى إلى تسهيل إمكانات النمو لدى العميل .
- الأصالة (congruence) : إحدى السمات الثلاث للمعالج ، والتي تعد مهمة ، بل وجوهرية ، للعمل في إطار العلاج المتمركز حول العميل (ويصطلح عليها أيضاً بالإنجليزية بـ : genuineness) وتشير الأصالة إلى تعبير المعالج بصدق عن سلوكه ومشاعره واتجاهاته التي يثيرها لديه العميل .
- تحريف التأمل (de-reflection) : تقنية علاجية وصفها فرائكل ، يُطلب فيها من العميل أن يتجاهل السلوك أو العرض الذي يسبب له مشكلة ، وذلك بغرض تحويل انتباهه إلى أفكار أو أنشطة بناءة بشكل أكبر .
- التعاطف (empathy): إحدى السمات الثلاث للمعالج ، والتي تعد مهمة وجوهرية للعمل في إطار العلاج المتمركز حول العميل ، ويشير التعاطف إلى الحساسية تجاه احتياجات العميل ومشاعره وظروفه ، بحيث يشعر أن هنالك من يفهمه .

- علم النفس الوجودي (existential psychology) : أحد الفروع النظرية في علم النفس ، والذي ينظر إلى الأشخاص على أنهم منخرطون في البحث عن معنى .
- ألعاب الجشطالت (Gestalt games) : ألعاب " طورها الجشطالتيون لتوضيح "قواعد" العلاج الجشطالتي . وعادةً ما تشمل القيام بحوارات لفظية يتم وصفها للعميل ، أو المشاركة في لعب أدوار مختلفة .
- إمكانات النمو (Growth Potential): القدرة الكامنة لدى الأفراد على أداء وظائفهم بكفاءة وفعالية ، والتي يسعى العلاج المتمركز حول العميل إلى إطلاقها .
- الإنسانية (humanism) : فرعٌ من فروع علم النفس ، ينظر إلى الشخص على أنه كلٌ موحدٌ ومتميز ، يمارس اختياره الحر ، ويناضل من أجل تطوير إمكاناته الداخلية .
- العلاج بالمعاني (Logotherapy): أحد الأشكال المعروفة من العلاج الوجودي ، طوره فكتور فرانكل ، وهو علاج يشجع العميل على (أ) إيجاد معنى في عالم يبدو فاسياً ولا ألبالاً وبلا معنى ، (ب) تطوير الحس بالمسؤولية لديه .
- الأحكام الأخلاقية (moral precepts): في العلاج الجشطالتي ؛ هي قواعد حياة العميل (مثل ، عش الآن ، عبّر بشكل مباشر ، ارفض جميع "ما ينبغي" و"ما يجب" مما هو ليس لك ، تولّ المسؤولية الكاملة لأفعالك) .
- القصد المتناقض (paradoxical intention) : إحدى التقنيات التي وصفها فرانكل ، حيث يُطلب فيها من العميل أن يحاول القيام بالسلوك أو الاستجابة التي تشكل له مصدراً للقلق . والتناقض هنا هو أن الشخص عادةً ما يفشل في القيام بما يخشى القيام به ، عندما يحاول القيام به قاصداً .
- التوجه المتمركز حول الشخص (person-centered approach): العلاج المتمركز حول العميل عند تطبيقه على المشكلات أو المواقف خارج غرفة العلاج (مثل تدريب المتطوعين ، أو تدريب الاختصاصيين في مجالات الطب) .
- الذات الظاهرية (phenomenal self) : أحد أجزاء المجال الظاهري ، والذي يخبره الفرد على أنه "أنا" . ووفقاً للنظرية الظاهرية ، فإن لبشر لديهم الدافع للمحافظة على الذات الظاهرية وتحسينها .
- الظواهرية (phenomenology) : اتجاه فلسفي/ نظري يؤكد أن سلوك الفرد يتحدد بمجاله الظاهري ، أو بأية خبرة يمر بها الفرد في لحظة من اللحظات .
- العلاج الخبروي (process-experiential therapy) : توجه علاجي جديد نسبياً ، يجمع ما بين تقاليد العلاج المتمركز حول العميل والعلاج الجشطالتي .
- الذات (self) : وعي الفرد بوجوده ووظائفه على أنها مستقلة ومميزة عن أيّ سواه .

- تحقيق الذات (self-actualization) : نزعة إنسانية أساسية للمحافظة على الذات وتعزيزها .
- التقبل الإيجابي غير المشروط (unconditional positive regard) : إحدى خصائص المعالج الثلاث ، والتي تعدّ جوهرية في إطار العلاج المتمركز حول العميل . ويشير هذا المصطلح إلى التقبل التام للعميل واحترامه كإنسان ، دون أية شروط أو متطلبات .

- 1- ما هي أبرز الخصائص التي تميز المنحى السلوكي تجاه المشكلات الإكلينيكية؟
- 2- ما هي الخصائص الأساسية للأشكال التالية من العلاج السلوكي : تقليل الحساسية التدريجي ، العلاج بالتعريض ، التدريب السلوكي ، إدارة الشروط التبادلية ، العلاج بالتثفير؟
- 3- كيف تم دمج المنظورين السلوكي والمعرفي في وجهة نظر معرفية-سلوكية واحدة؟
- 4- ما هي الخصائص الأساسية لأشكال العلاج المعرفي-السلوكي التالية : النمذجة ، إعادة البناء العقلاني ، العلاج المعرفي؟
- 5- ما هي نواحي القوة والضعف في العلاج السلوكي؟

محتويات الفصل:

- بدايات المنحى السلوكي .
- التقنيات التقليدية في العلاج السلوكي .
- العلاج المعرفي-السلوكي .
- تقييم العلاج السلوكي .
- ملخص الفصل .

لقد أصبح كلُّ من العلاجيْن السلوكي والمعرفي-السلوكي ، واللذين يُشار إليهما معاً عادةً بالعلاج السلوكي (Goldfried & Davison, 1994) ، مصدر قوةٍ أساسياً في علم النفس الإكلينيكي . ولعل التدفق المستمر للكتب والمراجع في هذا المجال يمدنا بمناقشات واسعة ومتنوعة ، حول النظريات والأساليب المتعلقة بتطبيق هذه الأنواع من العلاج . كما أن قوائم المعالجات المدعّمة تجريبياً (انظر الفصل 11) تتضمن العديد من المعالجات التي تقع تحت مسمّى العلاج السلوكي . وقد تطور هذا العلاج ونضج حقاً ، حتى أصبح قوةً ينبغي أخذها بالاعتبار .

بدايات المنحى السلوكي *Origins of Behavioral Therapy*

سنبدأ نقاشنا للعلاج السلوكي بالسؤال حول تعريفاته ، ومن ثمّ سننتقل إلى عرض موجز للجذور التاريخية له .

التعريف *Definition*

إن تنوع المناحي السلوكية في العلاج يجعل من عملية التوصل إلى تعريف واحد كافٍ ومُرضٍ لها مهمةً شبه مستحيلة . فبعض هذه التعريفات تقع في إطار مفاهيم الإشرائط الإجرائي (Skinner, 1971) . بينما تتخذ تعريفات أخرى لنفسها رداء الإشرائط الكلاسيكي (Wolpe, 1958) . كما أن هنالك مجموعةً أخرى منها تركز على المبادئ العامة للتعلّم (Ullman & Krasner, 1969) ، أو قد تكون ذات مسحة معرفية واضحة (Meichenbaum, 1977) . وفي ضوء هذا التنوع ، يعلّق جولدفرايد ودافيسون (Goldfried & Davison, 1994) بقولهما :

إننا نعتقد أن أكثر ما يلائم العلاج السلوكي هو النظر إليه على أنه يمثل توجهاً نظرياً عاماً في العمل الإكلينيكي ، يندرج فلسفياً ضمن إطار المنحى التجريبي في دراسة السلوك الإنساني . والافتراض الأساسي الذي يقوم عليه هذا التوجه النظري تحديداً ، هو أن السلوكيات التي تعدّ مشكلةً ، والتي تُشاهد في المواقف الإكلينيكية المختلفة ، يمكن فهمها بأفضل الطرق من خلال تلك المبادئ المستمدة من التجارب النفسية ، وما تنطوي عليه هذه المبادئ من أبعاد ومضامين تتعلق بتغيير السلوك في المواقف الإكلينيكية (ص 3-4) .

وبهذا ، نرى أن المنحى السلوكي يتحالف تقليدياً مع : (أ) التحقق والتثبت العلمي ، و(ب) البُعد عن أسلوب الاستدلال أو عن المتغيرات التي يتم التوصل إليها استدلالياً . إذ يعود السلوكيون بجذورهم إلى "علم" سكينر وبافلوف ، وليس إلى "عقلية" فرويد . وينصب تركيزهم على المثيرات والاستجابات بدلاً مما يتوسطها من متغيرات مفترضة . على أية حال ، وكما سنرى لاحقاً في هذا الفصل ، فقد اتسع مجال العلاج السلوكي على مدى السنين ليشمل العمليات المعرفية والتوسطية الأخرى (Goldfried & Davidson, 1994) . ومع ذلك ، فمن المفيد مراجعة الجذور التاريخية للعلاج السلوكي .

تاريخ موجز A Brief History

سنبدأ بعرض الأعمال الأساسية لواطسون وراينر (Watson & Rayner, 1920) ، وتجربتهما المخبرية التي يُستشهد بها بشكل واسع ، والتي تدور حول ألبرت وفأر المختبر ؛ فهي تُعتبر دليلاً على كيفية تشكّل "العُصاب" لدى الأطفال . فوفقاً للإشراط البافلوفي ، أُعطي ألبرت فأراً من فئران المختبر ليلعب معه . ولكن في كل مرة يتم فيها تقديم الفأر ، كان يظهر صوت مزعج وعال يصاحب ظهور ذلك الفأر . وبعد محاولات قليلة ، أصبح الفأر (الذي كان مثيراً محايداً في السابق) يستثير استجابة خوف لدى ألبرت ، ما لبثت أن عُمّمت أيضاً على كل الأشياء الأخرى ذات الفراء .

وقد وضّحت ماري كوفر جونز (Mary Cover Jones, 1924) كيف يمكن إزالة مثل هذه المخاوف المُتعلّمة . فقد كان بيتر طفلاً في الثالثة من عمره ، يخاف من الأرانب والجرذان وغيرها من الأشياء أو الحيوانات المشابهة . ولاجتثات هذا الخوف ، قامت جونز بإحضار أرنب في قفص ، وقربته بالتدريج من بيتر أثناء تناوله للطعام . وهكذا أصبح المثير الخفيف مرتبطاً بالطعام . وبعد عدة أشهر ، اختفى خوف بيتر من الأرنب تماماً . على أية حال ، فمن المهم أن نتذكّر تحذير جونز أن الخوف من الأرنب لا ينبغي أن يكون شديداً بحيث يطرّف الطفل نفوراً من الطعام . لقد كان إشراط الخوف الذي أحدثه واطسون ، و"إعادة الإشراط" (reconditioning) لهذا الخوف الذي قامت به جونز ، حَدَثَيْن سابقاً مباشرةً تطوير وولبي (Wolpe, 1958) للعلاج بالكف المتبادل (reciprocal inhibition) ، الذي ظهر في الميدان بعد حوالي 30 عاماً .

وكما تشير التجربتان السابقتان حول ألبرت وبيتر ، فالركائز النظرية لحركة العلاج السلوكي تتمثل بالإشراط البافلوفي ونظرية هُل (Hull) في التعلم . وفي خمسينيات القرن الماضي ، بدأ جوزيف وولبي وأرنولد لازاروس في جنوب إفريقيا ، وهانز آيزنك في مستشفى مودسلي في لندن ، بتطبيق نتائج الأبحاث على الحيوان المتعلقة بتعلّم القلق وإزالته ، على البشر . وقد بدأ وولبي تجاربه بتقليل المخاوف عند الإنسان عن طريق جعل المرضى -خلال حالة من الاسترخاء- التصاعدي-

يتخيلون المواقف التي تظهر فيها مخاوفهم . ويُقدّم تقنية وولبي في تقليل الحساسية التدريجي (systematic desensitization) - كما هي أعمال جوتز في إعادة الإشراف - دليلاً عملياً على كيفية تطبيق المبادئ الأساسية للتعلم في المواقف الإكلينيكية . وأثناء تجاربه على العلاج بالانعكاس الشرطي ، حاول ساتلر (Satler, 1949) بدوره أن يطور أسلوباً علاجياً آخر ، مشتقاً من التقليد البافلوفاي .

من المهم أن نلاحظ أن هؤلاء الباحثين لم يقوموا بمجرد إدخال عدد من التقنيات الحديثة ، بل حاولوا وبقوة إثبات أن تقنياتهم هذه تقع ضمن إطار العلم التجريبي المنظم . إضافةً إلى ذلك ، فقد بذلوا جهداً كبيراً لبيان أن أدلتهم وبراهينهم حول جذور المخاوف العصائية ومعالجتها ، أثبتت أنه من غير الضروري الانضمام إلى "عفاريث فرويد العقلية" أو "صوامع كريلين في الطب النفسي" .

وفي الوقت الذي كان فيه وولبي ولازارس وأيزنك يطورون أساليبهم الإشرافية ، كانت آثار التقليد الإجرائي قد بدأت بالظهور . إذ راح سكينر وزملاؤه (Lindsley and Skinner, 1954; Skinner, 1953) يلاحظون سلوك المرضى الذهانيين المقيمين في المستشفيات ، وأثبتوا إمكانية تعديله بالأساليب الإجرائية . فمن خلال توفير بيئة مضبوطة تقترون فيها استجابات المريض بنتائج معينة ، تم إحداث تغييرات سلوكية ذات دلالة .

في البداية ، اتسم العلاج السلوكي بطابع متطرف . وفي غمرة سعيه إلى التركيز على السلوك ، فقد تجاهل هذا النوع من العلاج العالم الداخلي للمريض تماماً . وسواءً كان الأمر ردّ فعل على عقلية التحليل النفسي ، أو نتيجةً لنظرة ضيقة لما ينبغي أن يكون عليه موضوع العلم ، فقد رفض أوائل المعالجين السلوكيين بشدة أي شيء ذي طبيعة معرفية . ولكن عام 1954 ، قام جوليان روتر (Julian Rotter) بنشر كتابه : التعلم الاجتماعي وعلم النفس الإكلينيكي (Social Learning and Clinical Psychology) ، الذي وضح فيه بطريقة مقنعة أن المنحى الدافعي - التعزيزي في علم النفس يمكن أن يقترون بالمنحى المعرفي - التوقعي . وبالتالي ، يتحدد السلوك بعنصري قيمة التعزيز ، وتوقع ظهور مثل هذا التعزيز عقب حدوث هذا السلوك . إضافةً إلى ذلك ، فقد لاقت وجهات النظر الجديدة التي جاء بها روتر دعماً تجريبياً لم يدع مجالاً للشك بإمكانية أن يصبح المرء أخصائياً إكلينيكياً ، وذا توجه يجمع بين نظرية التعلم والنظرية المعرفية ، ويحظى بالتقدير العلمي في آنٍ معاً . ومن المهم أيضاً في هذا السياق النظر إلى إسهامات ألبرت باندورا (Albert Bandura, 1969) في التعلم الاجتماعي ، وتطبيقها في مجال تعديل السلوك . لقد كان المنظرون الأوائل أمثال روتر وباندورا ، هم الذين شقوا الطريق نحو ما نلاحظه اليوم من تركيز على البعد المعرفي ، وإعطاء العلاج السلوكي طابعه العام ، وقابليته الواسعة للتطبيق (Goldfried & Davison, 1994; Meichenbaum, 1977; Thorpe & Olson, 1997) .



د. صامويل م. تيرنر هو أستاذ في علم النفس ومساعد إداري في مركز ماريلاند لاضطرابات القلق التابع لجامعة ماريلاند. والدكتور تيرنر خبير في العلاج السلوكي واضطرابات القلق. وقد نال عدداً من الجوائز والشكرجات على أعماله في هذا المجال، بما فيها جائزة الإسهام المهني المتميز من الرابطة النفسية الأميركية (APA). ونشر الدكتور تيرنر 33 كتاباً، وأكثر من 200 فصل من كتب محروقة أو مقالات. وتولي عدداً من المناصب القيادية: فقد كان محرراً، ومحرراً مشاركاً، ومراجعاً لعدد من الدوريات النفسية الرائدة. وفيما يلي عرضٌ لإجابات الدكتور تيرنر على عدد من الأسئلة التي طرحناها عليه.

■ ما الذي أثار اهتمامك ابتداءً بيد أن علم النفس الإكلينيكي؟

لم يكن هنالك عاملٌ محدد أو موقفٌ أو قضية أثارت اهتمامي بعلم النفس الإكلينيكي. على أية حال، فمن بين الأحداث الأكثر أهميةً ذاتيك المساقين اللذين قام بتدريسيهما مدرّس موهوب بصورة غير اعتيادية، مركّزاً على المنحى التجريبي في دراسة السلوك مع الميل إلى السلوكية. وقد وجدت هذا المنحى مثيراً، ومناقضاً لما كنت أراه من مناح تركز على النزعات الذاتية والتخمينية. وأعتقد بأن هذا الأمر كان متطابقاً بشكل جيد مع وجهة نظري العملية والموضوعية إلى حد كبير.

■ صف لنا ماهية الأنشطة التي تقوم بها كأخصائي إكلينيكي.

أثناء عملي المهني، شاركت بمدى واسع من الأنشطة، شملت التدريس والبحث والممارسات الإكلينيكية. ويشمل هذا: التدريس الرسمي، متابعة طلبة الماجستير والدكتوراة، التدريب الإكلينيكي لطلبة الماجستير والدكتوراة، وتقديم الخدمات الإكلينيكية بشكل مباشر. ولقد كنت، وما أزال، باحثاً نشطاً أثناء عملي، وأنا فخورٌ بكوني عالماً ممارساً. كما أنني شغلت وأشغل الآن مناصب إدارية، تشمل العمل رئيساً للمعالجين المقسمين، ومديراً للمعيادة النفسية والتدريب الإكلينيكي. كما أنني كنت نشطاً في علم النفس التنظيمي، وعملت في عدد من المجالات المختلفة. وأخيراً، فقد كنت مشاركاً في الهيئات الأسيركية المسؤولة عن اتخاذ القرارات بشأن تمويل الأبحاث.

■ ما هي مجالات تخصصك أو اهتماماتك الدقيقة؟

إن مجالات اهتمامي الدقيق تشمل اضطرابات القلق لدى الراشدين والأطفال، والعلاج السلوكي، والتقييم السلوكي.

■ ما هي التوجهات المستقبلية التي نتوقعها لعلم النفس الإكلينيكي؟

لا يوجد لدى الكثير لأقوله حول التوجهات المستقبلية لعلم النفس الإكلينيكي ، والشئ الوحيد الذي لاحظته هو اهتمام الأخصائيين الإكلينكيين المتزايد بالصحة العامة ، بدلاً من الصحة النفسية لحساب . كما أن الأعداد المتزايدة من الأخصائيين الإكلينكيين الذين يتدربون في الجامعات ، قد تُغير صورة علم النفس الإكلينيكي في أعين المهن الأخرى ، وأعين الناس بشكل عام . وليسوء الحظ ، أخشى أن مثل هذا التغيير لن يكون إيجابياً .

■ ما هي التوجهات المستقبلية التي نتوقعها للعلاج المعرفي-السلوكي؟

هنا أيضاً من الصعب تحديد التوجهات المستقبلية التي ستكون من نصيب العلاج المعرفي-السلوكي . فليس هناك الكثير مما يحدث في هذه المرحلة الحرجة . فالمحاولات الدائبة لدمج التوجهات المعرفية بتلك السلوكية ، لا يبدو أنها أدت إلى تحسن في نتائج العلاج بالنسبة لمعظم الحالات . وفي الحقيقة ، فإن علينا أن ننتظر بعد لنرى نماذج سلوكية جادة ، يتم فحصها في الميدان الإكلينيكي . وربما كان هذا أمراً يمكننا التطلع لرؤيته مستقبلاً .

التقنيات التقليدية في العلاج السلوكي

Traditional Techniques of Behavioral Therapy

قبل أن نناقش بعض التقنيات العلاجية السلوكية ، لنلق نظرة على أهمية العلاقة العلاجية وميل المعالجين السلوكيين الجدد نحو استخدام عدة تقنيات مع المريض الواحد .

العلاقة العلاجية The Relationship

في تفسيرهم لنجاح أساليبهم العلاجية ، يتجاهل العديد من المعالجين السلوكيين العلاقة العلاجية كعامل مُساعد . ولكن رولبي (1958) في وصفه لأسلوب تقليل الحساسية التدريجي ، يحث المعالجين على تبني اتجاه تقبلي نحو المرضى ، وشرح صعوباتهم لهم ، وتوضيح الأساس المنطقي السلوكي للمعالجة المستخدمة . وفي الحقيقة ، هنالك من البيانات ما يشير إلى أن العملاء ينظرون إلى العلاقة على أنها مهمة جداً في إنجاح العلاج ، وهم بنظرتهم هذه لا يختلفون عن أي عميل آخر في نظرتهم للتوجهات النظرية الأخرى من العلاج النفسي (Sloane, Staples, Cristol, Yorkston, & Whipple, 1975a) . وهناك عدة أسباب تجعل عميل العلاج السلوكي ينظر إلى العلاقة العلاجية على أنها إيجابية أو مسؤولة جزئياً على الأقل عن التغيير الذي تم إحداثه . فقد يُنظر إلى المعالجين السلوكيين على أنهم أكثر انفتاحاً وتقبلاً لمشكلات العميل (بدلاً من النظر إلى المشكلات كدلالة على عمليات لاشعورية) ، وإلى المعالجة على أنها تتسم بالمشاركة وتأخذ طابعاً "تعليمياً" أكثر من غيرها ، عدا عن أنها ترتبط بصورة مباشرة بالسلوكات المشكلة التي تم استهدافها للتغيير من قبل العميل والمعالج (Thorpe & Olson, 1997) .

وليس المقصود بهذا طبعاً، الإيحاء بإمكانية اختزال العلاج السلوكي إلى "مجرد" عوامل علائقية بسيطة فحسب. إلا أن ما نعينه على أية حال، هو أن المرء لا يسعه أبداً أن يتجاهل بعض جوانب العلاقة، كونها إسهامات مهمة في التدخل العلاجي الناجح. ولكن، وبرغم كل شيء، يمكننا من خلال العلاقة العلاجية تنمية التوقعات لدى المريض حول تلقي المساعدة، بحيث يكون العلاج السلوكي مقبولاً كبديل حيوي (Goldfried & Davison, 1994). وبعبارة أخرى، إن العلاج السلوكي لن يكون ناجحاً إذا كان المريض يتوقع الفشل، أو كان يعارض هذا العلاج بطريقة ما. ويوصف المعالجون السلوكيون أحياناً بالبرودة والآلية في توجههم نحو المرضى. ولربما كانت هذه الصورة خرافة أو نمطية، أكثر من كونها حقيقة واقعة. في الحقيقة، لقد وجد سلون وزملاؤه (Sloane et al., 1975a) أن المعالجين السلوكيين كانوا بشكل عام أكثر دفئاً وتعاطفاً من غيرهم من المعالجين النفسيين!

الطيف الواسع للمعالجة Broad Spectrum of Treatment

يستخدم المعالجون السلوكيون مجموعة واسعة من التقنيات، لا مع المرضى المختلفين فحسب، وإنما مع المريض الواحد في مراحل مختلفة من العملية الكلية للعلاج. ويشير لازاروس (Lazarus, 1971a) إلى هذا الأمر بالطيف الواسع للعلاج السلوكي. وعندما نصف هذه التقنيات في الصفحات التالية، على القارئ إدراك أنه مع أن كل منها يمكن استخدامه في تحقيق هدف معين، إلا أنها في حقيقتها مكتملة لبعضها بعضاً. فالمرأة التي تجد صعوبة في التعامل مع زوجها المستبد مثلاً، قد تخضع للتدريب على توكيد الذات كي تتعلم سلوكيات معينة. ولكنها عند استخدامها لهذه السلوكيات، قد تتعرض لمجموعة أخرى من المخاوف المتعلقة بعلاقتها معها، والتي قد تثير القلق لديها. لذلك، قد تحتاج أيضاً إلى جلسات علاجية تساعد على إعادة بناء المعتقدات غير المنطقية لديها وهواجسها المتعلقة بالزواج، والتي من شأنها أن تؤدي إلى استمرار سلوكها الخانع. كما يمكنها أن تشارك أيضاً في مواقف علاجية أخرى من نوع التعلم بالنمذجة أو الملاحظة، وذلك لمساعدتها على التدبر.

إضافة إلى ذلك، من المهم أن نستذكر ما جاء في الفصل التاسع من أن التقييم السلوكي الشامل ينبغي إجراؤه قبل اختيار المعالجات أو التقنيات السلوكية وتطبيقها. فالتحليل الوظيفي للمشكلة مثلاً، يمكنه أن يساعد على تحديد (أ) المشيرات أو الظروف السابقة التي أدت إلى ظهور السلوك المشكل، (ب) المتغيرات العضوية (كالتحيزات المعرفية) المرتبطة بالسلوك المشكل، (ج) الوصف الدقيق للمشكلة، و(د) عواقب السلوك المشكل وآثاره. ومع إتمام مثل هذا التحليل المفصل، يصبح بمقدور المعالج السلوكي أو المعرفي-السلوكي وصف المعالجات الملائمة.

يُطبق هذا الأسلوب عادةً عندما يمتلك المريض القدرة على الاستجابة الملائمة تجاه موقف معين (أو صنف من المواقف) ، إلا أن استجابته هذه يشوبها القلق أو الخوف أو التجنب . وبشكل أساسي ، يُعتبر تقليل الحساسية التدريجي أسلوباً لخفض القلق . ويعتمد هذا الأسلوب الذي طوره كل من ساتلر (1949) و وولبي (1958) على الكف المتبادل (reciprocal inhibition) ؛ وهو مبدأ يعني بكل بساطة أن المرء لا يمكنه أن يكون مسترخياً وقلقاً في آنٍ معاً . وتتمثل الفكرة هنا في تدريب المرضى على الاسترخاء ، ومن ثم -أثناء الاسترخاء- يتم تقديم سلسلة متصاعدة تدريجياً من مثيرات القلق . وفي النهاية ، تقل حساسية المريض تجاه مثيرات الخوف أو القلق ؛ وذلك بفضل تعريضه لها أثناء الاسترخاء . وقد أظهر تقليل الحساسية التدريجي فعاليته في حالات الخوف المرضي من الحيوانات ، والقلق من التحدث أمام جمهور ، والقلق الاجتماعي (Chambless et al., 1998; Chambless & Ollendick, 2001).

التقنية والإجراءات Technique and Procedures

يبدأ تقليل الحساسية التدريجي بجمع البيانات ذات الصلة بتاريخ المشكلة لدى المريض . والتي تشمل المعلومات المتعلقة بالظروف المعجلة والعوامل الممهدة . وقد يتطلب ذلك إجراء عدد من المقابلات ، والتي عادةً ما تشتمل على تطبيق الاستبانات . والهدف من هذه العملية تحديد مركز القلق لدى المريض ، وهي أيضاً جزء من التقويم الهادف إلى تحديد ما إذا كان أسلوب تقليل الحساسية التدريجي هو العلاج الملائم ، أم لا . وعادةً ما يكون هذا الأسلوب ملائماً حين يكون لدى المرضى إمكانيات التدبر الملائمة ، ولكنه مع ذلك يتصرف بقلق شديد تجاه مثيرات معينة . ومن ناحية أخرى ، عندما لا تكون لدى المريض مهارات معينة ، ويظهر قلقاً في المواقف التي تحتاج إلى مثل هذه المهارات ، قد لا يكون أسلوب تقليل الحساسية أسلوباً ملائماً أو مثمراً . فالرجل الذي يصبح قلقاً بصورة شديدة مثلاً في المواقف الاجتماعية التي تتضمن الرقص ، قد يبدو أكثر فعالية أن نراه يتعلم الرقص من أن نقلل حساسيته لأمر ليس في حقيقته سوى عجز سلوكي .

وبعد ذلك يتم شرح المشكلة للمريض . ويكون هذا الشرح موسعاً عادةً ، بحيث يشمل أمثلة من حياة المريض ، ويغطي الأسلوب الذي اكتسب من خلاله هذا القلق ، وأدى إلى استمراره لديه . ثم يتم شرح الأسس المنطقية لاستخدام تقليل الحساسية التدريجي أيضاً . ويجب أن يكون هذا الشرح بلغة يمكن للمريض فهمها ، وتخلو من المصطلحات العلمية . إذ يريد الأخصائي الإكلينيكي في هذه المرحلة "إقناع" المريض بفعالية تقليل الحساسية التدريجي . كما نضيف هنا أن سائر عمليات المقابلة والتقييم والتوضيح ، يجب أن تتم بكل دفءٍ وتقبلٍ وتفهمٍ .

أما المرحلتان التاليتان ، فتتضمنان التدريب على الاسترخاء ووضع هرم القلق أو المخاوف . وبينما نقوم بوضع هرم القلق ، يبدأ التدريب على الاسترخاء أيضاً .

الاسترخاء Relaxation

يلجأ الأخصائيون السلوكيون باستمرار إلى استخدام أساليب الاسترخاء التدريجي لجاكوبسون (Jacobson, 1938) إذ يتم تعليم المريض ابتداءً أن يقوم بشد مجموعات عضلية معينة ، ومن ثم إرخائها ، وأن يقارن بين إحساساته بالاسترخاء والتوتر . ويمكن لتعليمات الاسترخاء أن تُسجل صوتياً بسهولة ، بحيث يمكن الاستماع إليها في المنزل بهدف الممارسة . وبشكل عام ، تُكرّس ست جلسات للتدريب على الاسترخاء . وفي بعض الحالات ، قد يُستخدم التنويم المغناطيسي لإحداث حالة الاسترخاء . وقد يُطلب من المريض أحياناً ، أن يتخيل مشاهد تبعث على الاسترخاء . وفي أحيان أخرى أيضاً ، تُستخدم تدريبات التنفس لتعزيز الاسترخاء .

هرم القلق The Anxiety Hierarchy

عند مناقشة المشكلات التي يواجهها المريض ، وتحديدتها ، وبيان المواقف التي تظهر فيها ، وكيفية تطورها ، يكون المريض والمعالج قد عملاً معاً على بناء الهرم . حيث يتم تحديد الموضوعات المتكررة التي تتعلق بصعوبات المريض وقلقه ، ثم يتم ترتيبها وفق شدة إثارتها للقلق (من المواقف التي تثير مستويات متدنية من القلق إلى تلك التي تثير ردود فعل منوترة وشديدة) . ويتكون هرم القلق عادةً من 20 إلى 25 فقرة ، تفصل بين الواحدة والأخرى فترات زمنية متساوية تقريباً ؛ من تلك المنخفضة إلى المتوسطة إلى الشديدة . ويتعلق هرم القلق التالي بفتاة في الرابعة والعشرين من عمرها ، تعاني من قلق مزمن من الامتحان (Wolpe, 1973) :

- 1 . أربعة أيام قبل الامتحان .
- 2 . ثلاثة أيام قبل الامتحان .
- 3 . يومان قبل الامتحان .
- 4 . يوم واحد قبل الامتحان .
- 5 . الليلة السابقة للامتحان .
- 6 . ورقة الامتحان المقلوبة أمامها .
- 7 . انتظار توزيع أوراق الامتحان .
- 8 . قبل فتح أبواب قاعة الامتحان .
- 9 . أثناء توزيع أوراق الامتحان .
- 10 . الذهاب إلى الجامعة في يوم الامتحان (ص . 116) .

هذا الهرم يوضح لنا نقطتين مهمتين . أولهما ، أن الهرم منظمٌ إلى حد كبير وفق خطوط مكانية-زمنية . وثانيهما ، أن الفقرات ليست منظمةً بطريقة منطقية تماماً . فقد يتوقع المرء أن الفقرة العاشرة (أكثر الفقرات إثارة للقلق) ينبغي أن تكون قريبة من وسط الهرم . وهذا يبين خصوصية كل هرم ؛ فرغم أي شيء آخر ، يكون الهرم خاصاً بقلق المريض ، لا بقلق الأخصائي الإكلينيكي .

وفي إجراءات تقليل الحساسية ، يُطلب من المريض أن يتخيل أضعف فقرة في الهرم (التي تثير أقل قدر من القلق) عندما يكون مسترخياً بشكل تام . إذ يقوم المعالج بوصف المشهد ، بينما يتخيل المريض نفسه فيه (لمدة 10 ثوان تقريباً) . ثم ينتقل المعالج بالمريض إلى أعلى الهرم بالتدرج (ما بين فقرتين إلى 5 فقرات خلال الجلسة الواحدة) . ولكن في حالة ازدياد مستوى القلق في أية لحظة ، يكون المريض مخولاً بإعطاء إشارة معينة ، يقوم المعالج بناءً عليها بالطلب من المريض التوقف عن تصور المشهد ، ومن ثم يقوم بمساعدة المريض على الاسترخاء مرةً أخرى . وبعد عدة دقائق ، يمكن بدء الإجراء مرةً أخرى . في العادة ، وعلى مدى عدة جلسات ، يصبح المريض قادراً على تخيل أعلى فقرة في الهرم دون الشعور بالضييق . ولقد قدم چلفورد ودافيسون (1994) مثلاً نموذجياً على التعليمات المعطاة لأحد المرضى أثناء عملية تقليل الحساسية :

(يجلس العميل مسترخياً بمفرده على الكرسي المائل) . حسناً ، استمر الآن في الاسترخاء هكذا ، بلطف وهدوء وراحة . وقد تجد من المفيد لك أن تتخيل مشهداً هادئاً ومريحاً بالنسبة لك ، والذي سنشير إليه بالمشهد السار . . . جيد . الآن ، أنت تذكر المقياس من صفر إلى مئة ، والذي كنا نستخدمه أثناء تدريبك على الاسترخاء ، حيث يشير الصفر إلى الاسترخاء التام ، والمئة إلى أقصى درجات التوتر . أخبرني أين تضع نفسك تقريباً على هذا المقياس . . . (يُنصح المعالج بالتطلع إلى تقدير يعكس هدوءاً وارتياحاً مقبولاً ، وعادةً ما يتراوح ذلك من 15-25) .

جيد . بعد قليل سأطلب منك أن تتخيل مشهداً . وبعد أن تسمع وصف الموقف ، رجاءً أن تتخيله بعينيك بأكبر قدر ممكن من الوضوح والشفافية ، وكأنك هناك بالفعل . حاول أن تتصور جميع تفاصيل المشهد . أثناء تخيلك للمشهد ، قد تبقى على شعورك بالارتياح كما أنت عليه الآن . إذا كان الأمر كذلك ، فهذا جيد . وبعد 5 أو 10 أو 15 ثانية ، سأطلب منك أن تتوقف عن تخيل هذا المشهد ، وأن تعود إلى مشهدك السار وتسترخي فحسب . ولكن إذا بدأت تشعر ولو بأدنى قدر من القلق أو التوتر ، فرجاءً أن تعلمني بذلك برفع سبابتك اليسرى . وعندما تفعل ذلك ، سأدخل وأطلب منك أن تكف عن تخيل المشهد ، ثم سأساعدك على العودة لوضع الاسترخاء مرةً أخرى . من المهم أن تعلمني بتوترك بهذه الطريقة ، إذ أننا نريد أن نزيد من تعرضك للمواقف التي تخافها ، دون أن تشعر بالقلق . اتفقنا؟ هل لديك أية أسئلة؟ . . . حسناً ، ستكون لدينا فرصةً لمناقشة الأمور بشكل تام بعد ذلك (ص 124-125) .

لاختيار الهرم الأكثر جدوى ، على المرء أن يحدد بالصيغ ماهية الأشياء المثيرة للقلق لدى المريض . ولتوضيح أهمية اختيار الهرم الملائم ، لننظر إلى المثال التالي ، والذي يبدو فيه ابتداءً أن جوهر المشكلة هو مجرد الشعور بالضيق وبعدم الارتياح لدى المريضة ، عند تناولها الطعام في مطعم مع زملاء زوجها في العمل .

المعالج : هل يمكنك أن تخبريني ما الذي يضايقك في مواقف عشاء العمل هذه؟ فمثلاً ، هل لأنها رسمية ، وهل لأنك مضطرة كمضيئة على تسليط أشخاص لا يعنون لك شيئاً في الواقع؟

المريضة : أظن ذلك .

المعالج : لا تجعليني ألقنك الكلمات . فكري بتأن . تخيلي نفسك في الموقف الآن . تخيلي أنك في مطعم مع زوجك وزملائه ، وأخبريني بالتداعيات والمشاعر التي تتشابك .

المريضة : (تغمض عينيها) إنه يغيظني ، ولا أدري لِمَ أنا ملزمة به .

المعالج : ماذا يقول زوجك؟

المريضة : أوه ، يقول هيرب إن هذا يزيد من صفقات العمل بالنسبة له .

المعالج : كم تكرر عشاءات العمل هذه؟

المريضة : حوالي مرة في الشهر .

المعالج : وكيف تحدث؟

المريضة : ماذا تعني؟

المعالج : أعني كيف يقوم هيرب بإعلامك عنها؟

المريضة : أوه ، إنه يأتي إلى المنزل ويقول : "عزيزتي ، ألا بأس في أن ندعو آل رايان وزوجين آخرين إلى مطعم رند جوبليت بعد أسبوع من يوم الجمعة؟" ، وأقول عادةً : "لماذا أتعب نفسك بالسؤال؟" .

المعالج : إذن تتبع ذلك معركة كلامية حتى يحين الموعد المحدد للعشاء ، وتكونين أنت وهيرب في جدال مستمر حوالي أسبوعين ، وجو مشحون بالتوتر .

المريضة : حسناً ، إنني أمتعض من ذلك .

المعالج : لماذا؟

المريضة : ماذا تعني؟

المعالج : أنت تعرفين ما أعنيه . ما الشيء الذي يكمن حقاً وراء هذا الامتناع؟

المريضة : إنني ببساطة أكره العشاء مع آل رايان وآل ميلر ، وغيرهم من اللاهثين وراء النقاد .

المعالج : انتظري ، لنعد إلى الخلف . قلت إنك لم تشعرى بهذه الطريقة إلا بعد أن دخل هيرب إلى ميدان التسويق في العام الماضي .

المريضة : حسناً ، دعني أوضح . لقد كان يعمل لحساب أبي ، وعندما توفي منذ حوالي عامين قام هيرب بتولي العمل مكانه .

المعالج : دعيني أتحقق . هل كان والدك يتولى مسؤولية التسويق قبل وفاته؟

المريضة : ما شأن هذا بذلك؟

المعالج : (ببقي صامتاً) .

المريضة : أوه ، يا إلهي! أنت تعتقد أنني امتعض من هيرب لأنه تولى منصب والدي؟

المعالج : حسناً؟

المريضة : حسناً ، لم براودني الأمر بهذه الطريقة قبل الآن .

و أثناء سير المقابلة ، أصبح واضحاً أننا لم نكن نتعامل مع "حساسية محددة تجاه عشاء العمل في المطعم مع الزوج وزملائه في العمل" ، بل مع مقاومة أساسية تتعلق بمشاعر المريضة ، بأن زوجها كان "أقل كفاءة ورجولة من والدها" . . . وقد تم استخدام أسلوب تقليل الحساسية الموجه نحو البعد المتمثل بوفاة الأب (1) .

الأساس المنطقي Rationale

بالرغم من أن تفسير وولبي لنجاح تقليل الحساسية التدريجي مبني على مبدأ الإشرائط المضاد (counterconditioning) ، إلا أن هناك آخرين ليسوا على ثقة من ذلك (Davison & Wilson, 1973) . حيث يرى بعضهم أن العملية في حقيقتها عملية إطفاء (extinction) ؛ أي أنه كلما كرّر المريض تخيُّله للمواقف المثيرة للقلق ، ولكن دون أن تصاحب ذلك خبرة سيئة ، فإن استجابات القلق تختفي في النهاية (Davison & Wilson, 1971) . وكبديل آخر ، نجد ماثيوز (Mathews, 1971) يؤيد فرضية الاعتياد أو التعود (habituation) . هذا ، وقد قام إميلكامپ (Emmelkamp, 1982) بمراجعة ما توفّر من دعم تجريبي لهذه التفسيرات النظرية وغيرها .

يتمثل الأسلوب المعياري لتقليل الحساسية في عرض المشاهد بترتيب تصاعدي ، وذلك لتجنّب إثارة القلق السابقة لأوانها ، الأمر الذي قد يخلّ بهذه العملية . على أية حال ، فقد وجد بعض الأخصائيين الإكلينيكين أن تقديم الهرم بطريقة عكسية (أكثر الفقرات إثارة للقلق أولاً) يمكن

(1) مأخوذ من: Behavior Therapy and Beyond , By A.A. Lazarus, pp. 99-100, 1971

أن يكون فعالاً أيضاً في الحد من عدد من المخاوف المرضية (الفوبيا) . كما حصل ريتشاردسون وسوين (Richardson & Suinn, 1973) على نتائج إيجابية أيضاً عندما قاما بتعريض المشاركين للمشاهد الثلاثة العليا في الهرم فقط .

ويشمل تقليل الحساسية التدريجي عدداً من العناصر . فالتعليمات (انظر أعلاه) تشير إلى أن النتائج الإيجابية مرجحة هنا . وبالتالي ، فقد تؤثر توقعات المريض بالتحسن على هذه العملية . والعنصر الحاسم الآخر قد يكون التعزيز الإيجابي الذي يقدمه المعالج ، بعد إقرار المريض بتناقص القلق لديه ، أو بتحسّنه خارج غرفة العلاج ، أو إتمام هرم القلق بنجاح . فعلى سبيل المثال ، لاحظ لايتنبرج وزملاؤه (Leitenberg, Agras, Barlow, & Oliveau, 1969) أن آثار تقليل الحساسية التدريجي في حالة رهاب الأفاعي تكون في أفضل أحوالها عندما يستخدم المعالج تعليقات معززة مثل : "جيد" ، "ممتاز" ، و "أنت تبلي بلاء حسناً" ، وعندما يكون المشاركون (أ) يتخيّلون المشهد دون أن يقولوا بوجود قلق ، (ب) يتمّون فقرات الهرم ، و (ج) يقرون بتقدّم في التقرب من الأفعى أثناء الممارسة . ويرى چولدفرايد (Goldfried, 1971) بأن تقليل الحساسية التدريجي ليس بالعملية السلبية التي يتم تطبيقها على المرضى لتقليل مخاوفهم ، وإنما يمثّل اكتساب المرضى لمهارات يمكنهم استخدامها للتقليل من خوفهم الشخصي . ومن هذه الزاوية ، يعتبر چولدفرايد تقليل الحساسية التدريجي تدريباً على السيطرة الذاتية .

كل ما سبق يشير إلى أن تقليل الحساسية التدريجي ليس بالعملية الآلية البسيطة أو العملية الإشرافية السهلة كما كان يُعتقد سابقاً . ويبدو أن هناك عدداً من المتغيرات في العلاقة العلاجية التي تلعب دورها ، إضافة إلى اعتقادات المريض وتوقعاته . وبشكل عام ، فقد أثبت أسلوب تقليل الحساسية التدريجي أنه مفيد بصورة معتدلة كشكل من أشكال التدخل العلاجي النفسي لحالات إكلينيكية مختلفة . وكما قد يكون متوقعاً ، فالأبحاث تشير إلى أنه أكثر فعالية عند استخدامه لمعالجة اضطرابات القلق ، وخصوصاً المخاوف ذات المثيرات المحددة ، والقلق الاجتماعي ، وقلق الحديث أمام جمهور ، واضطرابات القلق العام (Chambless et al., 1998; Chambless & Ollendick, 2001; Emmelkamp, 1994, 2004) .

العلاج بالتعرض Exposure Therapy

ومصطلح العلاج بالتعرض يصف تقنية من تقنيات العلاج السلوكي ، تقوم على تشذيب وصقل مجموعة من الإجراءات المعروفة أصلاً بالإفاضة (flooding) أو التسليط (التفجير) الانفعالي (implosion) . ويمكن ردّ جذور العلاج بالتعرض إلى مازرمان (Masserman, 1943) ، الذي درس ردود فعل القلق والسلوك التجنبي لدى القطط . وقد تضمنت دراساته إحداث "سلوكات

عُصابية" لدى القبط من خلال توجيه الصدمة لها تحت ظروف بيئية معينة . وقد اكتشف لاحقاً أن السلوك التجنبي يمكن إطفائه لدى القبط إذا أُجبرت على البقاء في الموقف الذي تلقت فيه الصدمة سابقاً (أي عندما لم يكن الهروب أو التجنب ممكناً) . وهذه النتائج كانت أساساً لتطوير معالجات القلق عند الإنسان . وهناك من الأدلة التجريبية ما يدعم فعالية المعالجات بالتعرض في علاج المخاوف ذات المثيرات المحددة ، واضطرابات الهلع أو الفزع ، والرهاب من الأماكن المغلقة ، والرهاب الاجتماعي ، واضطراب ما بعد الصدمة ، واضطراب الوسواس والسلوك القهري (Chambless et al., 1998; Chambless & Ollendick, 2001; Emmelkamp, 1994, 2004) .

وفي العلاج بالتعرض ، يقوم المريض بتعرض نفسه للمثيرات أو المواقف التي كان يخاف منها أو يتجنبها . ويمكن أن يكون "التعرض" بالمواجهة الفعلية في الحياة الواقعية ، أو بالمواجهة التخيلية . وفي الحالة الأخيرة ، يُطلب من المريض أن يتخيل نفسه أمام المثير الذي يخافه (كالعناكب مثلاً) ، أو في موقف مثير للقلق (كالتحدث أمام جمهور) . ويقترح عدد من الباحثين خصائص معينة يجب توافرها في العلاج بالتعرض لكي يحقق الفائدة القصوى للمريض (Barlow & Cerny, 1988) :

- 1 . يجب أن يكون التعرض لمدة طويلة لا قصيرة .
- 2 . يجب أن يتكرر التعرض حتى تتم إزالة الخوف/القلق .
- 3 . ينبغي أن يكون التعرض تدريجياً ، يبدأ من مثيرات/مواقف متدنية القلق ، تتدرج صعوداً إلى مثيرات/مواقف مرتفعة القلق .
- 4 . ينبغي أن ينتبه المريض للمثير الذي يخاف منه ، وأن يتفاعل معه بأكبر قدر ممكن .
- 5 . يجب على التعرض أن يثير القلق .

ومثله مثل المعالجات السلوكية الأخرى التي وصفناها في هذا الفصل ، يمكن استخدام العلاج بالتعرض بوصفه علاجاً مستقلاً ، أو كجزء من علاج متعدد النماذج . فعلى سبيل المثال ، يصف بارلو وسيرني (Barlow & Cerny, 1988) معالجة نفسية لاضطراب الهلع ، تشمل عناصر الاسترخاء وإعادة البناء المعرفي والتعرض . والأمر المبتكر في طريفتيهما في العلاج بالتعرض ، هو أنهما يخضعان المرضى لإشارات أو منبهات باطنية (interoceptive cues) أو مثيرات فسيولوجية داخلية ، مثل التنفس المتسارع والدوار . وقد جاء هذا التعديل ضرورياً لأن الأفراد الذين يعانون من اضطراب الهلع أو الفزع يقولون عادةً إن نوبات الفزع لديهم لا يمكن التنبؤ بها ، و"تأتي على نحو غير متوقع" . وفي مثل هذه الحالات ، لا يكون هناك مثير أو موقف خارجي واضح يثير القلق . وعلى النقيض من ذلك ، يُقرّ الأفراد من ذوي اضطرابات القلق الأخرى -عدا الفزع- بقلق حاد ، يظهر بشكل أساسي في مواجهة مثيرات أو مواقف خارجية معينة .

كيف يمكن للإكلينيكي إقناع المرضى بأن إتمام المهام التي تزيد من مستوى القلق لديهم سيكون مفيداً في النهاية؟ لبيان الأساس المنطقي للعلاج بالتعريض ، يزودنا التوضيح 1-14 بالمقدمة المستخدمة في المعالجة النفسية لبارلو وسيرني (1988) في علاج اضطراب الفزع .

وقد قارن كراسك وزملاؤه (Craske, Rowe, Lewin, & Norieg-Dimitri, 1997) ما بين فعالية نوعين من أنواع علاج اضطراب الهلع مع رهاب الأماكن المغلقة : تضمن أحدهما التعريض الباطني ، وشمل الآخر إعادة التدريب على التنفس بدلاً من التعريض الباطني . وبالرغم من أن كلا النوعين كان فعالاً ، إلا أن النتائج أشارت إلى أن مرضى اضطراب الهلع الذين تلقوا العلاج بالتعريض الباطني ، أقروا بعجز أقل وبتناقص نوبات الفزع بعد المعالجة وأثناء فترة المتابعة . وبالتالي ، فإن إضافة عنصر التعريض الباطني كانت له بعض الآثار المفيدة .

وكمثال آخر على المعالجات المبنية على التعريض والمدمجة تجريبياً ، يعرض التوضيح 2-14 نظرة عامة للتعريض إضافةً إلى منع الاستجابة في معالجة اضطراب الوسواس القهري . حيث وُجد أن العلاج بالتعريض إضافةً إلى منع الاستجابة هو أكثر المعالجات النفسية نجاحاً لاضطراب الوسواس القهري (Emmelkamp, 2004) .

التدريب السلوكي Behavioral Rehearsal

هناك عدد من الأساليب التي تهدف إلى توسيع مخزون المريض من سلوكيات التدبير تحت هذا العنوان العريض . ومن الواضح أن التدريب السلوكي ليس مصطلحاً جديداً ؛ فقد وُجد بشكل أو بآخر على مدى سنوات عديدة . فعلى سبيل المثال ، قام مورينو (Moreno, 1947) بتطوير السيكدوراما - نوع من أنواع لعب الدور - للمساعدة على حل مشكلات المرضى ، بينما استخدم كييلي (Kelly, 1955) العلاج بالدور المحدد (fixed-role therapy) . على أية حال ، من المهم ملاحظة أن مثل هذه الأنواع من لعب الدور أو التدريب السلوكي لها أهداف تبتعد عن الأهداف السلوكية . فبالنسبة لمورينو ، يقدم لعب الدور في إطار العلاج ، تحريراً للانفعالات التي كانت أيضاً ذات دلالة تشخيصية في التعرف على أسباب مشكلات المريض . وبالنسبة لكييلي ، فإن لعب الدور كان أسلوباً لتعديل البنية المعرفية لدى المريض . ونذكر مرة أخرى أن التقنيات العلاجية المحددة ليست حكراً على إطار أو مرجع نظري واحد . فأصحاب النظريات المختلفة قد يستخدمون تقنيات متشابهة ، ولكن لأسباب مختلفة تماماً .

في مرحلة العلاج ، من المهم أن يوضح الأخصائي الإكلينيكي للعميل الأساس المنطقي للتقنيات السلوكية المستخدمة . وهذا صحيح بشكل خاص في حالة العلاج بالتعريض ؛ حيث يُطلب من العميل أن يتخبط في سلوكيات شديدة بشكل أساسي من مستويات القلق أو الخوف لديه . ويظهر التفسير المنطقي المقدم للعميل لدى بارلو وسيرني فيما يلي :

وكما قد نتذكر من لقاءاتنا السابقة ، فإننا نلاحظ بأن نوبات الهلع تعد بشكل أساسي "إنذارات كاذبة" يقوم بها الجسد استجابة للإشارة تعلمت أن تربطها بخطر أو تهديد ما . وبالطبع ، فإن المشكلة تكمن في أن إنذارات الهلع هذه زائفة في حقيقتها . لكن الخوف المرتبط بنوبات الهلع يكون حقيقياً بالفعل . فكما أن الإنذارات الخاطئة ظواهر مُتعلمة ، فإن معالجتها تشتمل أيضاً على الخبرات التعليمية المخطط لها ، والمصطلح الذي نستخدمه لوصف هذه الخبرات التعليمية لتصحيحية هو لعلاج بالتعريض .

والأساس المنطقي الذي يقوم عليه العلاج بالتعريض بسيط جداً . ويتمثل في أن تعرّض نفسك لتلك المواقف والإشارات التي تربط بالقلق ونوبات الهلع ، مما يتيح فرصة تعلم ثلاثة أشياء على الأقل : (1) ستتعلم أن أعراض القلق والهلع يمكن التحكم بها من خلال الاسترخاء وتقنيات التدبير المعرفي التي كنت قد تعلمتها . وفي الحقيقة ستتعلم أنك لست قادراً على تقليل هذه الأعراض المزعجة فحسب ، بل وعلى إحداثها عند الطلب . (2) ستتعلم أنه لا يوجد أساساً للخوف المرافق لنوبات الهلع التي تمر بها . (3) وأخيراً ، ستتعلم كسر الارتباط ما بين الإشارات التي تنبه مخاوفك ونوبات الهلع لديك ، وتعلم نفسك طرقاً جديدة للاستجابة من خلال التعريض التدريجي لتلك الإشارات المرتبطة بالهلع .

وفي الوقت الحاضر ، فإننا لسا على فهم تام بالآلية الدقيقة التي تقسّر كيفية عمل هذه الأمور الجديدة المتعلمة ، إلا أننا نعلم أن العلاج بالتعريض فعال جداً في معالجة اضطرابات القلق . دعني أؤكد لك على أن هذه المعارف الجديدة ستأخذ موقعها أثناء محاولات التعريض والتي تعد عنصراً حاسماً في العلاج النفسي . إن التعرض للإشارات المرتبطة بالهلع ما هو إلا فرصة لحدوث تلك التعلم . بالتالي ، فالتعرض السلبي لهذه الإشارات - أي التعريض غير المخطط له حيث لا يتم أي تعلم تصحيحي - ليس ملائماً لإحداث التغييرات العلاجية في سلوكك . إذن ، فإثناء محاولات التعريض ، سنحتك على التعامل المباشر مع القلق والخوف ، وعلى القيام بدور نشط في عملية التعلم الجديدة .

ولأنك ستعرّض نفسك لهذه الإشارات المشيرة للقلق ، فعليك أن تتوقع بدايةً أنك ستصبح أكثر قلقاً ، وربما تلاحظ ازدياداً في نوبات الهلع . ولكن كما تعلم ، فالقلق ونوبات الهلع ستحد من نفسها في معظم الأحيان ؛ أي أن القلق و/أو الهلع سيتلاشى في معظم المواقف . وبالطبع ، فإن القلق والخوف يحد ذاته قد لا يكون مريحاً .

وللحد من درجة عدم الارتياح التي ستمرّ بها ، نستقوم معاً بتطوير هرم متدرّج للإشارات المثيرة للقلق ، ومنسّقل على هذا الهرم من المواقف الأقل إثارة للقلق إلى الأكثر إثارة فيه . ولكن سيكون من الضروري لك أن تتحمل بعض القلق ، في البداية على الأقل . وبينما تتعلّم كيف تتعامل مع القلق وأعراض الهلع بفعلية وكيف تزيل " الإنذارات الكاذبة " ، ينبغي أن نلاحظ انخفاضاً كبيراً في عدد نوبات الهلع ، وربما في شدتها أيضاً .

هناك ثلاث طرق يمكنك أن تعرّض نفسك من خلالها للإشارات المثيرة للهلع . أولاً ، يمكنك أن تتخيل نفسك وأنت تمرّ بالموقف أو الإشارات المثيرة للهلع . والتعرّض التخيلي لا يزودك بمحاولات التعرّض تحت ظروف مضبوطة ومتدنية الاستثارة فحسب ، بل ويتيح لك بسهولة أن تخطط وتمارس مهارتك في إدارة القلق ، بحيث تكون مهياً للإفادة من التعرّض الحقيقي للمثير . ثانياً ، يمكنك أن تعرّض لإشارات معينة مثيرة للهلع هنا في المكتب . ومنسّقلت عن طرق لتقليل تلك الأحاسيس الجسدية التي يُحتمل أن تشير الإنذار الكاذب لديك . وأخيراً ، ستعرّض نفسك للمواقف الحقيقية في حياتك اليومية . وسنبدأ اليوم بالتدريب التخيلي وتطوير الهرم .

التقنية The Technique

وفقاً لجولدفرايد ودافيسون (Goldfried & Davison, 1994) ، فإن استخدام التدريب السلوكي يشتمل على أربع مراحل . المرحلة الأولى ، هي تهيئة المريض من خلال شرح ضرورة اكتسابه للسلوكات الجديدة ، وجعله يتقبل التدريب السلوكي كوسيلة مفيدة ، والتقليل من أي قلق مبدئي حول احتمال لعب الدور . وتشتمل المرحلة الثانية على اختيار المواقف المستهدفة . وهنا ، يقوم العديد من المعالجين بوضع هرم لمواقف لعب الدور أو التدريب ، وينبغي أن يرتبط هذا الهرم بشكل مباشر بالمواقف التي كان المريض يواجه صعوبة فيها . ويمكن أن يكون مثال هرم المواقف المستهدفة (مرتباً وفق تزايد تعقيد المهارات السلوكية المطلوبة) على النحو التالي :

- 1 . إنك تطلب من السكرتيرة معلومات حول شعبة ما .
- 2 . إنك تسأل طالباً في القاعة عن واجب الأسبوع الماضي .
- 3 . بعد الدرس ، أنت تتقدم إلى المدرّس بسؤال حول المحاضرة .
- 4 . إنك تذهب إلى مكتب المدرّس ، وتدخل معه في حديث حول نقطة معينة .
- 5 . إنك تقوم عامداً بجعل طالب آخر -تعلّم أنه يعارضك- يدخل في جدل بسيط معك حول مسألة معينة .

العلاج السلوكي لاضطراب الوسواس القهري : التعريض إضافة إلى منع الاستجابة

يعد الوسواس القهري من اضطرابات المحور الأول في الدليل التشخيصي (DSM) ، ويتم تحديده من خلال الأفكار القسرية المتكررة ، أو الاندفاعات ، أو التصورات (الوسواس) التي تثير قدراً كبيراً من القلق والضيق ، وعادة ما تظهر أيضاً سلوكيات متكررة أو طقوس عقلية لمنع القلق أو تقليله (American Psychiatric Association, 2000). ورغم ما كان يُعتقد يوماً بعدم إمكانية علاجه ، فقد أشارت الأبحاث التي أجريت في العقود القليلة الماضية إلى أن شكلاً معيناً من أشكال العلاج السلوكي - بالتعرض إضافة إلى منع الاستجابة - يمكن أن يكون فعالاً بشكل خاص في علاج أعراض الوسواس القهري (Emmelkamp, 2004) .

وكما ذكر فو (Foa, 1996) ، فهذه المعالجة مبنية على الافتراض بأن السلوكيات القهرية تُعزّز قلقاً وضيقاً ملحوظاً . إضافة إلى ذلك ، بالرغم من أن السلوك القهري يقلل من مستوى القلق مؤقتاً ، فالقلق الاستحواذي يستمر لعدم تطوّر أية عادة ؛ فيستمر السلوك القهري لأنه يتعزّز بتقليل ذلك القلق . ويهدف العلاج بالتعرض مع منع الاستجابة إلى الإحلال بهذا النمط من خلال (أ) تعريض المريض إلى مواقف تقود إلى الضيق الاستحواذي ، (ب) منع المريض من الانخراط في السلوك القهري الذي يظهر عادة لمواجهة هذا الضيق . ونموذجياً ، بهذه الطريقة (أ) سيحدث تعوّد على الأفكار أو التخيلات أو الدوافع الاستحواذية (وبالتالي سيقل مستوى الضيق الناجم عنها) ، و (ب) لن يعود هنالك تعوّد للسلوكيات القهرية ، إذ تم كبسها .

ويقدم فو (1996) نظرة شاملة ونموذجية للمعالجة بالتعرض مع منع الاستجابة في علاج الوسواس القهري :

- 1 . إجراء 15 جلسة للتعرض بواقع ساعتين لكل منها على مدى 3 أسابيع .
- 2 . أثناء هذه الجلسات ، يتم "تعريض" المرضى للمواقف أو الأشياء التي يبدو أنها تفجر الاستحواذات لديه . فقد يُطلب من المريض الذي تستحوذ عليه مسألة الأوساخ والجراثيم مثلاً أن يفرك ورقة جريدة على يديه ووجهه .
- 3 . إضافة إلى ذلك ، يُطلب من المرضى أن يتخيل لعواقب الوخيمة التي يتوقع حدوثها إذا لم ينخرط بالسلوك القهري ، وبهذه الطريقة ، يمكن للمريض أن يبدأ بالتفكير بـ "الكوارث" دون أن يخاف بشكل كبير .
- 4 . يتم فرض واجب منزلي ، يشمل تكرار خبرات التعريض هذه .
- 5 . وفي الوقت الذي يتم فيه التعريض ، يقوم المعالج بالتأكيد على عدم ظهور الطقوس السلوكية التي تظهر عادة في وجه المخاوف الاستحواذية . فقد لا يُسمح للمريض الذي تستحوذ عليه مسألة الأوساخ والجراثيم ، بغسل يديه أو استحمامه بشكل مفرط مثلاً أن ينخرط بهذه السلوكيات . وفي مرحلة لاحقة ، يتم الانتقال إلى غسل اليدين والاستحمام "الطبيعي" .
- 6 . أخيراً ، فإن مرحلة تعزيز النتائج العلاجية تشتمل على 10 زيارات مكتبية أو اتصالات هاتفية ، تهدف إلى تشجيع المريض على تعزيز الفوائد العلاجية .

والمرحلة الثالثة هي التدريب السلوكي الفعلي . وبالاتقال نحو قمة الهرم ، يقوم المريض بلعب الأدوار الملائمة ، بينما يقوم المعالج بتزويده بالتدريب والتغذية الراجعة المتعلقين بمدى كفاية أدائه . وأحياناً يتم استخدام إعادة عرض التصوير بالفيديو كأداة مساعدة . وفي أحيان أخرى ، يقوم المعالج أو مساعده باستبدال الأدوار مع المريض في محاولة لتقديم النموذج الملائم . وعندما يطور المريض المهارة المطلوبة لموقف مستهدف ، فإنه ينتقل مع المعالج إلى موقف آخر أعلى في الهرم .

أما المرحلة النهائية فتتضمن الاستفادة الحقيقية للمريض من المهارات الجديدة التي اكتسبها في مواقف الحياة الفعلية . وبعد مثل هذه الخبرات الواقعية ، يقوم المريض والمعالج بمناقشة أداء المريض ومشاعره حول هذه الخبرات . وأحياناً يُطلب من المريض الاحتفاظ بسجلات يصف فيها المواقف التي مر بها ، وما قام به من سلوكيات ، والنتائج التي ترتبت عليها .

التدريب على تأكيد الذات Assertiveness Training

والتدريب على تأكيد الذات هو أحد تطبيقات التدريب السلوكي . ويعتبر وولبي الاستجابات التوكيدية أمثلة على كيفية القيام بالكف المتبادل . أي أنه من المستحيل أن يتصرف المرء بطريقة توكيدية ، وأن يكون سلبياً في آن واحد . كما أن المواقف التي كانت تثير القلق لديه لن تثيره مرة أخرى ؛ لأن السلوك التوكيدي من شأنه أن يكف القلق ويكبحه .

لقد صُمم التدريب على التوكيد ابتداءً ليكون علاجاً للأشخاص الذين يُعزى قلقهم إلى أسلوبهم المتردد والخائف من تدبر المواقف أو مواجهتها (Wolpe, 1958; Wolpe & Lazarus, 1966) . ولقد تم تطوير عددٍ من البرامج المختلفة للتدريب على تأكيد الذات ، خصوصاً للأفراد الذين يسعون إلى التغلب على سلبيتهم الهدامة . كما استخدم التدريب على التوكيد أيضاً في معالجة المشكلات الجنسية والاكتئاب والخلافات الزوجية . ومن المهم أن نلاحظ أن الأحاديث الذاتية المعرفية (مثل : "كنت أفكر بأنني حر تماماً كي أقول لا") قد تعزز آثار التدريب على التوكيد . وفي الحقيقة ، يمكن استخدام العديد من الإجراءات لزيادة التوكيد ، وربما يكون التدريب السلوكي هو أكثرها وضوحاً .

وقد ينجم النقص في تأكيد الذات عن عدة أسباب . ففي بعض الحالات ، قد يكون السبب مجرد نقص في المعلومات ، وهنا قد تتركز المعالجة بشكل كبير على تقديم المعلومات . وفي حالات أخرى ، ربما يكون هناك نوعٌ من القلق المُتوقع الذي قد يمنع الأشخاص من التصرف بصورة توكيدية . ولتجاوز ذلك ، قد يحتوي العلاج على تقليل الحساسية . وهناك أيضاً أشخاص قد يحملون توقعات غير واقعية (سلبية) حول العواقب التي يمكن أن تنشأ إذا ما تصرفوا بطريقة توكيدية . وقد يتعامل بعض الإكلينيكين مع مثل هذه التوقعات من خلال التفسير أو الأساليب العقلانية-الانفعالية .

ويمكن تطبيق تقنيات مشابهة على المرضى الذين يشعرون بأن توكيد الذات أمر خاطئ . وأخيراً ، هنالك أشخاص يشتمل افتقارهم إلى توكيد الذات على عجز سلوكي : فهم لا يعلمون كيف يتصرفون بشكل توكيدي . ومع مثل هؤلاء المرضى ، يمكن استخدام التدريب السلوكي والنمذجة ، وأية إجراءات أخرى ذات صلة .

إن التدريب على توكيد الذات لا يعني أبداً محاولة تعليم الأشخاص كي يكونوا عدوانيين . بل هو في حقيقته أسلوب في تدريب الأشخاص على التعبير عن مشاعرهم دون التعدي على حقوق الآخرين أثناء ذلك (Wolpe & Lazarus, 1966) . خذ مثلاً ذلك المتفرج في مباراة لكرة السلة ، والذي لا يستطيع المشاهدة لأن الشخص الجالس أمامه يقفز باستمرار . فقله : "إن لم تجلس فسأطيح بك أرضاً" يعد عدوانياً . بينما قوله : "لو سمحت ، أتمنى منك أن تجلس ، إذ أنني لا أستطيع أن أرى شيئاً" ، يعد استجابة توكيدية . في حقيقة الأمر ، لطالما استخدم التدريب على توكيد الذات لتعليم الأشخاص العدوانيين طرقاً أكثر تهذيباً وفعالية في التعبير عن رغباتهم أو تلبية احتياجاتهم .

إدارة الشروط التبادلية Contingency Management

يُشار إلى مجموعة التقنيات الإجرائية التي تعود إلى سكينر بإجراءات إدارة الشروط التبادلية . وهي تشترك بهدف عام ، وهو ضبط السلوك عن طريق التحكم بنتائجه .

التقنيات Techniques

- يمكن لإدارة الشروط التبادلية أن تأخذ أشكالاً عدة ، وفيما يلي بعض الأمثلة فقط :
- 1 . التشكيل (Shaping) : يتم تطوير السلوك المرغوب من خلال تعزيز أي سلوك يقاربه . تدريجياً ، ومن خلال التعزيز الانتقائي للسلوك الذي يقترب أكثر فأكثر من السلوك المرغوب ، يتم تشكيل السلوك النهائي . وتسمى هذه العملية أحياناً بالتقريب التعاقبي أو التتابعي (successive approximation) .
 - 2 . الوقت المستقطع (Time-out) : يتم إقصاء السلوك غير المرغوب من خلال إبعاد الشخص مؤقتاً عن الموقف الذي يتعزز سلوكه فيه . فالطفل الذي يزعج الصف يتم إخراجه بحيث لا يتم تعزيز سلوكه من خلال إثارة اهتمام الآخرين .
 - 3 . التعاقد التبادلي (contingency contracting) : يتم إيجاد اتفاق رسمي أو عقد ما بين المعالج والمريض ، تُحدد فيه نتائج سلوكيات معينة من قبل كل منهما .

4 . قواعد الجدّة (Grandma's rule) : والفكرة الرئيسية في هذه التقنية قريبة من الحُصّ الذي تمارسه الجدّة : "اعمل أولاً ، ثم العب!" . وتعني أن النشاط المرغوب يتم تعزيزه من خلال إعطاء الشخص امتياز المشاركة في سلوك أكثر جاذبية . فيُسمح مثلاً للطفلة بلعب الكرة بعد أن تنظف غرفتها . ويُشار إلى هذا الأسلوب أحياناً بمبدأ بريماك (Premack, 1959) (Premack principle) .

نظام جمع الفيشات Token Economics

يُستخدم النحى الإجرائي بشكل واسع في البيئات التي يستطيع فيها المعالج أو غيره من العاملين في المؤسسات النفسية ممارسة الضبط الكافي لشروط التعزيز المرتبطة بسلوك المريض . وتظهر فاعلية مبادئ الإشراف الإجرائي بشكل خاص في البرامج التي تستخدم أسلوب جمع الفيشات ، والتي تُصمم من أجل تعديل سلوك فئات معينة من الأفراد الذين يقيمون في المؤسسات ، كالأشخاص المصابين بالتخلف العقلي أو المرض العقلي المزمن (Kazdin, 1977; Liberman, 1972) . ويمكن لمثل هذه البرامج أن تجعل هذه المؤسسات مكاناً أكثر ملاءمة للعيش ، وأكثر إسهاماً في العلاج . فالعديد من المهارات الاجتماعية "التي تتشكل" بفعل الفيشات في المؤسسة ، ستساعد أيضاً على الانتقال السلس إلى أماكن غير مؤسسية .

وفي بناء برامج تقوم على جمع الفيشات ، هناك ثلاثة اعتبارات أساسية مهمة (Krasner, 1971) . أولاً ، يجب أن يكون هنالك تحديد واضح ودقيق للسلوكيات المرغوبة التي سيتم تعزيزها . ثانياً ، يجب تعريف المعزز بصورة محددة وواضحة (أو وسيلة التبادل ؛ مثل أقراص البوكر الملونة أو البطاقات أو العملات المعدنية) . ثم ثالثاً ، القيام بوضع المعززات المساندة ؛ والتي قد تكون عبارة عن امتيازات خاصة ، أو أشياء أخرى يرغب المريض بها . وهكذا ، فإن فيشتين تساوي كل منهما 10 نقاط ، يمكن مبادلتها بالإذن لمشاهدة التلفاز لساعة إضافية ، أو يمكن مبادلة فيشة تساوي 5 نقاط بقطعة حلوى . وغني عن القول إن أسلوب جمع الفيشات يتطلب أيضاً نظاماً محكماً من حفظ السجلات ، وفريق من العاملين شديدي الملاحظة ، والملتزمين بأهمية البرنامج .

ويُستخدم جمع الفيشات للحث على تكرار الارتقاء بالسلوك المرغوب من خلال التحكم بالتعزيز . وسواء كان السلوك المرغوب هو زيادة ترتيب الهندام ، أو المشاركة الاجتماعية ، أو تحسين الأداء الوظيفي ، فمن الممكن تعزيز احتمالات ظهوره من خلال مكافأته بفيشات مختلفة القيمة . ولكن لماذا نستخدم الفيشات أساساً؟ ولم لا نعزز ترتيب السرير مباشرة؟ السبب الأساسي هو أن أثر التعزيز يكون أكبر إذا أتى بعد السلوك مباشرة . فإذا جاء التعزيز بحضور فيلم بعد 10 ساعات من كنس المريض لغرفته ، إذن من غير المحتمل أن يكون ذلك فعالاً بنفس فعالية الفيشة التي تُعطى

فوراً . إذ ستكون الفيشة تعبيراً عن المكافأة ، وستتضمن الكثير من فعالية المكافأة اللاحقة التي يمكن استبدالها بها .

العلاج بالتنفير Aversion Therapy

والعلاج بالتنفير واحدٌ من أكثر أنواع العلاج المثيرة للجدل . فهو في الحقيقة ليس علاجاً واحداً مفرداً ، بل سلسلة من الإجراءات التي يتم تطبيقها على السلوكات اللاتكيفية أو غير المرغوبة . وهذه التطبيقات مبنية على مبدأ بسيط وواضح ، يقول إن اقتران الاستجابة بنتيجة غير سارة (كالعقاب أو الألم) يقلل من قوتها . وكما يوضح وولبي (1973) : "يتضمن العلاج بالتنفير إجراء تطبيق مشير تنفيري للحد من استجابة انفعالية غير مرغوبة ، فيقلل بذلك من قوة العادة المرتبطة بها" (ص . 216) . ويتم وضع المشير غير السار بصورة ملازمة زمنياً للسلوك غير المرغوب . والفكرة هي أن الاقتران الدائم ما بين السلوك غير المرغوب والمثير غير السار سيتشكل بالتدريج ، وسيأخذ الإشراف مكانه .

وقد تبدو مثل هذه التقنيات وكأنها إضافةٌ حديثة إلى مخزوننا العلمي والإكلينيكي . إلا أننا بقليل من التأمل ، ندرك أنها متواجدة منذ زمن بعيد على هيئة ممارسات بسيطة في الغالب ؛ كالضرب على المؤخرة ، و"اذهب إلى غرفتك" ، و"الن تشاهد التلفاز الليلة" . وتختلف تقنيات التنفير الحديثة عن هذه الأمثلة من جانبين مهمين على الأقل . أولاً ، إن تقديم العامل المنفر يتم بشكل منهجي ، إذ تتم مراقبة التلازم الزمني بدقة شديدة . ثانياً ، يتم تطبيق العقاب بشكل منتظم . إن العقاب الذي يقوم به الأهل غالباً ما لا يكون منتظماً إلى حد كبير ؛ فأحياناً تتم معاقبة السلوك غير المرغوب به فوراً ، ولكن غالباً ما ينسى الأهل أن يقوموا بالاستجابة ، أو ينشغلون عنها ، أو يكونون متعبين للقيام بها ، أو ما عدا ذلك . نتيجةً لذلك ، يتعلم الطفل أن السلوك يتم تجاهله أحياناً ، وبالتالي يفشل حدوث الإطفاء . أما في الإجراءات الإكلينيكية الرسمية ، فهذه التقنيات يتم تطبيقها عادة لمساعدة المريض على تطوير سيطرة متزايدة على الذات . كما أنها تُستخدم في تدبر مشكلات مثل الشراهة والتدخين والإدمان على الكحول والانحراف الجنسي .

العناصر المنفرة Aversive Agents

من بين العناصر المنفرة المستخدمة بشكل مستمر ، تقديم الصدمات الكهربائية والعقاقير . فعلى سبيل المثال ، استُخدمت العقاقير المُقيِّئة القوية كمنفر لسنوات عديدة (see, e.g., Voegtlin & Lemere, 1942) ، خصوصاً في معالجة الإدمان على الكحول . إذ يُعطى المريض عقاراً يؤدي إلى الغثيان أو القيء ، ثم يتناول كأساً من الخمر (أو يمكن مزج العقار مع الخمر) ، وسرعان ما يصبح المريض سقيماً . ويُعطى هذا المزيج من الكحول والمقيئ لمدة تتراوح من أسبوع إلى 10 أيام . وفي النهاية ، تصبح مجرد رؤية الخمر كافية لإثارة حالة من الغثيان وعدم الارتياح .

لقد وصف وولبي (1973) مجموعة من العناصر المنفرة الأخرى ، والتي تشمل حبس المرء لتنفسه ، دخان السجائر ، وضع الروائح المقرفة ، الإضاءة المبهرة ، الضجيج غير المؤذي ، وإلحاق الشعور بالعار . من الواضح أن مدى العناصر المنفرة ليس محدوداً ، ويتسع بمدى اتساع خيال المعالج .

التحسس المُستتر Covert Sensitization

قام كوتيللا (Cautela, 1967) بتطوير مجموعة من الإجراءات التي تعرف بالتحسس المُستتر ، والتي تعتمد على الخيال بدلاً من الاستخدام الفعلي للعقاب . فيطلب من المريض أن يتخيل نفسه منخرطاً في سلوكيات يرغب بالتخلص منها . وما إن تصبح السلوكيات غير المرغوبة واضحة في ذهنه ، يُطلب منه أن يتخيل أحداثاً منفرة إلى أقصى حد ممكن . وأقل ما يمكن وصف مثل هذه التعليمات به ، هو أنها شديدة الرضوح والشفافية . ويمكن أن يكفينا هنا مثال بسيط في معالجة حالة تعاني من إفراط في تناول الطعام ، مثل القول : "وما إن تلمس الشوكة ، وتشعر بذرات الطعام تندفع تدريجياً إلى حلقك ، فإنك توشك أن تتقيأ" (Cautela, 1967, p. 462) . ومن ثم ، تصبح الأوصاف اللاحقة أكثر وضوحاً في تصوير الأحداث .

تقنيات أخرى Other Techniques

أما التقنيات السلوكية الأخرى التي تعدّ من الناحية الفنية أشكالاً من العلاج بالتنفير أو العقاب ، فهي أقل تطرفاً من استخدام العناصر المنفرة أو التحسس المُستتر . فعلى سبيل المثال ، كلفة الاستجابة (response cost) هي تقنية تتم فيها إزالة المعززات الإيجابية (كالفيشة في نظام جمع الفيشات) إثر القيام باستجابة غير مرغوب بها (مثل نوبات الغضب الشديد) من قبل المريض (Thorpe & Olson, 1997) . ومن الأمثلة الأخرى تقنية التصحيح أو التصويب الزائد (overcorrection) . وهنا ، فإن دفع المريض أو العميل إلى "المبالغة في تصحيح" نتائج تصرفه ، ستقلل من احتمال ظهور ذلك التصرف (Thorpe & Olson, 1997) . فالمرافق الذي قام بكتابة عبارة "تباً لك يا أبي" على جدار غرفة النوم مثلاً ، قد يلزم بطلاء جدران غرفة النوم كاملة .

إعادة التفكير Second Thoughts

شكك سلوكيون بارزون (أمثال سكنر) بفعالية العقاب في التأثير على السلوك وضبطه ، كما قلل العديد من الإكلينيكين من أهمية أساليب العلاج بالتنفير في توجهاتهم العلاجية . فعلى سبيل المثال ، بين لازاروس (Lazarus, 1971a) أن بناء مخزون أفضل من الاستجابة وتقليل القلق يؤدي إلى نتائج أطول أمداً من تقنيات التنفير . وبالتالي ، قد يتبين على المدى البعيد أن التعامل مع

الفتيشية الجنسية بتقليل خوف المريض من السلوكيات الجنسية الغيرية من خلال التدريب السلوكي ، هو أسلوب أكثر فعالية من معاقبته كلما تخيل حذاء امرأة .

ولقد وجه العديد من النقاد -سواءً داخل حركة العلاج السلوكي أو خارجها- انتقادات شديدة للعلاج بالتنفير . فالتركيز على العقاب واستخدام المثيرات المرعبة أحياناً لا يبدو في الغالب متماشياً مع الكرامة الإنسانية . وسواء أجاء المرضى طوعاً لهذا العلاج أم لا ، فهذا الأمر لا شأن له بالموضوع . فتقنيات مثل إحداث التقيؤ ، أو استخدام عقار الكورار الذي يُشعر المريض بالاختناق ، أو إدخال الدخان إلى فتحة الأنف ، جميعها تبدو أقرب إلى التعذيب من كونها أساليب علاجية .

على أية حال ، يشير آخرون إلى أن هناك فائدة حقيقية من تقنيات التنفير إذا ما استخدمت بطريقة حساسة ، ومن قبل معالجين ذوي سمعة حسنة . وفي معظم الأحيان ، تُستخدم تقنيات التنفير بعد أن تفشل جميع الوسائل الأخرى . إضافةً إلى ذلك ، فإن المرضى لا يُجربون إلى هذا الخيار ، وإنما يتم اللجوء إلى هذه الإجراءات في التعامل مع الأشخاص الذين يعانون من مشكلات أنهكتهم حقاً (كالإدمان على الكحول ، التدخين الزائد ، الانحرافات الجنسية) ، والذين يتسوا من الطرق والأساليب الأخرى . فمثل هؤلاء الأشخاص يخضعون طوعاً للعلاج بالتنفير كأهون الشرين ؛ وربما بهذه الروح نفسها ، يسلم المرء نفسه سنوياً لذلك العذاب والرعب على يدي طبيب أسنانه الودود . ويستمر الجدل!

العلاج المعرفي-السلوكي Cognitive- Behavioral Therapy

الخلفية Background

منذ زمن ليس ببعيد ، كانت فصول الكتب المتعلقة بالعلاج السلوكي تهيمن عليها مصطلحات مثل تعديل السلوك ، تقليل الحساسية التدريجي ، الإشراف الإجرائي ، التشكيل ، نظام جمع الفيشات ، والإشراف التنفيري . إلا أن هذا الحال لم يعد قائماً . إذ تغطي هذه الفصول الآن مصطلحات من مثل التعديل المعرفي-السلوكي ، إعادة البناء المعرفي ، التحصين ضد الضغوط النفسية ، وإعادة البناء العقلاني . ويدل هذا التغيير على أن التوجه المعرفي في العلاج السلوكي أخذ يهيمن على الميدان في السنوات الأخيرة (Hollon & Black, 1994, 2004) .

يؤكد المنظور المعرفي للمشكلات الإكلينيكية على دور التفكير في نشوء هذه المشكلات واستمرارها . ويسعى العلاج المعرفي-السلوكي إلى إحداث تعديل أو تغيير في أنماط التفكير التي يُعتقد بأنها تساهم في مشكلات المريض . وقد نالت هذه التقنيات قدراً كبيراً من الدعم التجريبي

(M.L.Smith, Glass, & Miller, 1980; Hollon & Black, 1994, 2004) ، ويُنظر إليها على أنها أكثر التقنيات فعاليةً من بين سائر أنواع التدخل العلاجي النفسي . فعلى سبيل المثال ، تهيمن المعالجات المعرفية-السلوكية على معظم القوائم الحديثة للمعالجات المدعمة تجريبياً (Chambless et al., 1998; Chambless & Ollendick 2001) ، كما أظهرت أنها إما متساوية مع أو متفوقة على المعالجات النفسية أو النفسية-الصيدلانية البديلة الموجهة للراشدين (DeRubeis & Crits-Christoph; 1998) وتلك الموجهة للأطفال والمراهقين (Kazdin & Weisz, 1998) .

الانتقال إلى العلاج المعرفي-السلوكي

The Move Toward Cognitive- Behavioral Therapy

وفي مراجعته لهذه التوجهات المعرفية التي ظهرت منذ ثلاثة عقود مضت ، فقد لاحظ ماهوني (Mahoney, 1977a) أنه :

بغض النظر عن تاريخهم الطويل من المنافسة المريرة ، يبدو أن الأخصائيين السلوكيين والمعرفيين يدخلون ذات الفراش النظري بحذر . ومثل هذا العزل المستغرب والمفاجئ لم يكن دون منغصات بالطبع . فهناك من السلوكيين من ينظر إليه على أنه نزوة حمقاء بعقلية يأملون أن تزول . وبالمثل ، ينظر بعض الأخصائيين المعرفيين إلى هذا الاندماج بعين الشك والريبة (ص . 5) .

ومع أن هناك عدداً من المعالجات الفعالة التي طوّرت بناءً على مبادئ التعلم السلوكي التقليدية ، إلا أنه اتضح مع بداية السبعينيات من القرن الماضي أن عدداً من الحالات الإكلينيكية الشائعة (كالاكتئاب) لم يكن من السهل تناولها بطرق العلاج القائمة على الإشراف الكلاسيكي أو الإجرائي (Thorpe & Olson, 1997) . وفي الحقيقة ، إن ما حفز الاندماج الحالي بين الأساليب السلوكية والمعرفية ، هو محدودية كلٍّ من السيكوندينامية والسلوكية المتطرفة . وما سهل هذا الاندماج أيضاً ، ظهور عدد من النماذج النظرية التي أسبغت على المتغيرات المعرفية صرامة العلم والتجريب ، التي يقدّرها السلوكيون أشدّ تقدير .

دور نظرية التعلم الاجتماعي The Role of Social Learning Theory

لقد ساعدت نظرية روتر (Rotter) في التعلم الاجتماعي (Rotter, 1954; Rotter, Chance, & Phares, 1972) بشكل خاص ، في تجسير الهوة ما بين الممارسة السيكوندينامية التقليدية ونظرية

التعلم . فهي نظرية تفسر السلوك على أنه حصيلة تفاعل كل من التعزيز والتوقعات . فالأشخاص يختارون أن يسلكوا بالطريقة التي يسلكون بها لأنهم يتوقعون من السلوك الذي اختاروه أن يحقق هدفاً أو نتيجة ذات قيمة ما .

إن لوجود مثل هذه النظرية في التعلم الاجتماعي أثرين على الأقل في تطور العلاج السلوكي . الأول ، أنها أفرزت عدداً من الأخصائيين الإكلينيكين (وأثرت على آخرين) كانوا مهتمين لتقبل تقنيات سلوكية جديدة ، ومزودين برؤية نظرية يمكنها أن تسهل عملية تعديل تلك التقنيات ، لتتماشى مع خطوط معرفية أكثر . والثاني أنه ولكون النظرية معرفية ودافعية ، فقد كانت قادرة على دمج الإجراءات العلاجية السابقة المستمدة من الاتجاه السيكودينامي بتوجهات سلوكية ومعرفية جديدة . إذن ، وبمجرد وجودها فقط ، فقد سهلت نظرية التعلم الاجتماعي عملية انصهار هذين المنحيين ، وما تزال تفعل . وفي تقييمنا لهذه النظرية في التعلم الاجتماعي في علاقتها بممارسة العلاج النفسي التقليدي والعلاج السلوكي ، نتوقف عند المضامين التالية والتي وضعها روتر بالاعتبار (Rotter, 1970) :

- 1 . يُعتبر العلاج النفسي موقفاً تعليمياً ، حيث يكون دور المعالج فيه هو تمكين المريض من تحقيق التغيرات التي تم التخطيط لها في التفكير والسلوك الملاحظ .
- 2 . من المفيد النظر إلى معظم صعوبات المرضى على أنها تقع ضمن نطاق حل المشكلات .
- 3 . غالباً ما يكون دور المعالج هو توجيه عمليات الفريق المتكاملة ، بحيث لا يتم إضعاف السلوكات والاتجاهات غير الملائمة فحسب ، بل وتعليم سلوكات ببناء ومُرضية أكثر أيضاً .
- 4 . غالباً ما يكون من الضروري تغيير التوقعات غير الواقعية ؛ وأثناء القيام بذلك ، على المرء أن يدرك كيف كانت تظهر سلوكات وتوقعات معينة ، وكيف تمت إساءة تطبيق الخبرة السابقة أو تعميمها بصورة مبالغ بها من قبل المريض .
- 5 . في العلاج ، يجب أن يتعلم المريض الاهتمام بمشاعر الآخرين وتوقعاتهم واحتياجاتهم .
- 6 . يمكن أن تكون الخبرات الجديدة أو المختلفة في الحياة الواقعية أكثر فعالية بكثير من تلك التي تظهر أثناء جلسات العلاج فقط .
- 7 . بشكل عام ، فالعلاج نوع من التفاعل الاجتماعي .

وتعد أعمال باندورا من الإسهامات الكبيرة الأخرى التي سهلت الانتقال المعرفي نحو العلاج السلوكي (Bandura, 1969) . فقد بين باندورا أهمية التعلم الإنشائي ودور المتغيرات المعرفية الوسيطة في الانفعالات والأداء . ولعل تركيز باندورا (Bandura, 1977a) على الطرق التي تزيد من خلالها إجراءات العلاج المختلفة من إحساس المريض بالفاعلية الذاتية يُشكل خطوة أبعد نحو توحيد

المضمارين السلوكي والمعرفي . وفي نموذج المقتراح ، يرى باندورا أن توقعات الفاعلية الذاتية تنبثق عن الإنجازات الفعلية للمريض ، وإقناعه اللفظي ، وخبراته الإنشائية ، وحالته الفسيولوجية . ويُنظر إلى الأنواع المختلفة من العلاج النفسي على أنها فعالة بشكل خاص في توجيه المرضى إلى الاعتقاد المتزايد بفعاليتهم الذاتية .

وتركز نظريات التعلم الاجتماعي -كتلك التي جاء بها روتر وباندورا وغيرهما- على المبدأ القائل إن التعلم عملية نشطة لا سلبية . أي أن هنالك مجموعة من الخصائص الشخصية والمعرفية التي تؤثر على السلوك ، وأحياناً تكون مستقلة عن المثيرات أو المواقف أو المعززات . لذا فقد جرت المحاولات للتحقق من هذه المؤثرات "الجديدة" على السلوك بشكل أفضل ، وتم تطوير تلك المعالجات التي ركزت على هذه العوامل الوسيطة المعرفية والشخصية . وفي الجزء التالي ، وصف لعدد من المناحي المعرفية-السلوكية في العلاج .

النمذجة Modeling

لقد أيد باندورا (1969 ، 1971) استخدام النمذجة أو التعلم بالملاحظة كطريقة لتغيير أنماط السلوك ، خصوصاً لدى الأطفال . فالتقليد ، أو النمذجة ، أو الملاحظة ، تعد تقنية أكثر فعالية للتعلم من مجرد الاعتماد على معاقبة الاستجابات غير الصحيحة ، ومكافأة الصحيحة منها . إذ يمكن تعلم مهارة جديدة أو مجموعة سلوكيات جديدة بطريقة أكثر فعالية ، من خلال ملاحظة شخص آخر يقوم بها . كما يمكن لمشاهدة الآخرين أثناء تأديتهم لسلوك ما أن تساعد على إزالة أنماط المخاوف أو القلق المصاحبة له ، أو التقليل منها . وأخيراً ، فمن خلال الملاحظة يمكن للمرء أن يتعلم استخدام السلوكيات التي تعدّ بالفعل جزءاً من مخزونه السلوكي .

ولعل أكثر استخدامات النمذجة شيوعاً ، تلك المستخدمة لإزالة المخاوف غير الواقعية (Bandura, Adams, & Beyer, 1977; Bandura, Jeffrey, & Wright, 1974) . ولطالما اعتُبر الخوف المرضي أو الرهاب (خصوصاً رهاب الأفاعي) طريقاً أساسياً لإثبات تقنيات النمذجة والبحث فيها . وفي نمذجة المشارك مثلاً ، يقوم المريض بملاحظة المعالج أو القدوة وهو يحمل أفعى ، ويسمح لها بالزحف على جسده ، وهكذا . بعد ذلك ، وأثناء المشاركة الموجهة ، يتم حث المريض على تجريب سلسلة من النشاطات المشابهة ، والتي تتدرج وفق احتمالات إثارتها للقلق لديهم . ومن الأمثلة التوضيحية على هذا المنحى العام دراسة أجريت على نساء يعانين من البرود الجنسي ، وذلك من خلال تطبيق برنامج للتدريب على الاستمنااء على مدى ستة أسابيع . وقد قام ماكمولين وروزين (McMullen & Rosen, 1979) بوصف التقنيات العامة المستخدمة في حالتين علاجيتين مختلفتين ، وذلك على النحو التالي :

إجراءات النمذجة المصورة على الفيديو : تم تحضير سلسلة من ستة أشرطة فيديو متتابعة خصيصاً لهذه الدراسة . وتبين الأشرطة نموذجاً متكاملاً : ممثلة تقوم بدور امرأة مصابة بالبرود الجنسي تتعلم من خلال برنامج من ست جلسات أن تستثير نفسها حتى الرعدة الجنسية ، ثم تقوم بالإفادة من قدراتها في عملية الجماع مع شريكها . وتشمل محتويات الأشرطة : الاستكشاف الذاتي ، الإثارة الذاتية ، وفي النهاية ، عرضاً صريحاً لبلوغ الرعدة الجنسية عن طريق الجماع الجنسي مع الشريك .

التعليمات المكتوبة : تم وضع نصوص أشرطة الفيديو مكتوبة على هيئة كتيبات ، والتي تتضمن محتوياتها محتويات أشرطة الفيديو نفسها . وقد تم اتباع الإجراء نفسه مع هؤلاء المفحوصات ، حيث طلب إليهن المجيء مرة في الأسبوع لقراءة الكتيب المناسب على مدى ستة أسابيع من برنامج التدريب . كما وكانت قراءة الكتيبات تتم بخصوصية كاملة ، وكان يتم أيضاً قضاء المقدار نفسه من الوقت تقريباً من قبل هؤلاء المفحوصات في العيادة (ص 914) .

وكما أشار ثورپ وأولسون (Thorpe & Olson, 1997) ، فالتعلم بالملاحظة يكون أفضل وأكثر فعالية عندما تتحقق الشروط الأربعة التالية :

- 1 . انتباه المريض للنموذج (القدوة) . وقد تساعد الحوافز على تسهيل الانتباه .
- 2 . تذكر المريض للمعلومات التي قدمها النموذج . وقد يكون من المفيد استخدام التقنيات التخيلية أو استراتيجيات الترميز اللفظي لمساعدة المريض على تنظيم المعلومات المقدمة ، والاحتفاظ بها .
- 3 . يجب أن يؤدي المريض السلوك النمذج . ومن المهم تقليد السلوك وممارسته لتسهيل التعلم والتغيير السلوكي .
- 4 . أخيراً ، يجب أن يكون لدى المريض دافعية لاستخدام السلوك النمذج . ومن المقترح أن يتم استخدام معززات لاحقة ، لزيادة احتمال ظهور السلوك الذي تمت نمذجته .

إعادة البناء العقلاني Rational Restructuring

بناءً على أعمال ألبرت إليس (Albert Ellis, 1962) ، فقد تقبل چولد فرايد ودافيسون (Goldfried & Davison, 1994) الفكرة القائلة إن الكثير من السلوكات اللا تكيفية تتحدد بالطرق التي يقوم من خلالها الأشخاص ببناء عالمهم ، أو من خلال الافتراضات التي يكونونها حولها . وإذا كان ذلك حقيقياً ، فسيتبعه أن المعالج السلوكي يجب أن يساعد الرضى على تعلم تصنيف المواقف

بصورة أكثر واقعية ، بحيث يمكنهم في النهاية أن يحصلوا على رضا أكبر . ولتسهيل عملية إعادة البناء العقلاني للأحداث ، قد يلجأ المعالج أحياناً إلى استخدام الجدول أو النقاش في محاولة لجعل المرضى يرون الأبعاد المنطقية من معتقداتهم . وإضافة إلى تزويد المرضى بالتحليل المنطقي لمشكلاتهم ، فقد يحاول المعالج أن "يعدل عباراتهم الداخلية" . أي ، ربما يتم تعليم المريض أنه عندما يبدأ بالشعور بالضيق في المواقف الفعلية ، عليه أن يصمت قليلاً ، وأن يسأل نفسه عما يقوله لذاته حول هذه المواقف . وفي أحيان أخرى ، قد يطلب المعالج من المرضى وهم في غرفة العلاج أن يتخيلوا موقفًا مشكلاً معيناً . وقد يتم جمع كل ذلك في إطار كل من التدريب السلوكي ، والقيام بالمهام في واقع الحياة ، والنمذجة . . . إلخ . بالتالي ، فإن إعادة البناء العقلاني ليست إجراءً مستقلاً مشتقاً نظرياً ، إنما هي سلسلة من التقنيات التوفيقية (eclectic) ، والتي يمكن تكييفها لتناسب والمتطلبات الخاصة لموقف العميل .

ومن الأمثلة الجيدة على إعادة البناء العقلاني : العلاج المنطقي-الانفعالي (rational- emotive therapy- RET) الذي وضعه إليس (Ellis, 1962) . ومن الواضح أن إليس كان رائداً من رواد ميدان أصبح يُعرف بالعلاج المعرفي-السلوكي . ويهدف العلاج المنطقي-الانفعالي إلى تغيير السلوك من خلال تغيير الطريقة التي يفكر المريض من خلالها بالأشياء . وتوحي الحكمة التقليدية عادةً أن الأحداث تسبب (أو تقود مباشرة إلى) المشكلات الانفعالية والسلوكية . ولكن وفقاً لإليس ، فإن سائر أشكال السلوك -سواءً اللاتكيفية منها أو غيرها- لا تتحدد من خلال الأحداث ، بل من خلال تفسير الشخص لهذه الأحداث . وفي نموذج (ABC) للعلاج المنطقي-الانفعالي ، يقول إليس إن معتقدات الشخص (beliefs-B) حول الأحداث المثيرة (activating events- A) أو المواقف ، هي التي تحدد النواتج (consequences-C) أو الآثار الانفعالية أو السلوكية التي تعدّ مشكلة . وهو ينظر إلى العلاج بالتحليل النفسي واعتماده المفرط على الاستبصار ، على أنه غير فعال ؛ فأصول التفكير غير العقلاني ليست مهمة بقدر أهمية الرسائل التي يوجهها الشخص لنفسه .

والهدف الأساسي من العلاج المنطقي-الانفعالي هو مساعدة الأشخاص على مواجهة تفكيرهم غير المنطقي . ويحاول إليس أن يجعل المريض يستخدم حسّه العام ؛ حيث يصبح المعالج معلماً نشطاً وموجهاً . وبين التوضيح 14-3 بعض الأفكار اللاعقلانية الشائعة جداً ، والتي يرى إليس أنها تؤثر على العديد من الأشخاص . ومع أن مراجعات الأدبيات التجريبية تبين أن العلاج المنطقي-الانفعالي تدخلٌ علاجي نفسي فعال (M.L.Smith et al., 1980) ، فما تزال هناك حاجة للبحث التفصيلي في مكونات العلاج المنطقي-الانفعالي التي تؤدي إلى تغيير في الحالة الإكلينيكية للمريض (Haaga & Davison, 1993) . وكما ذكر هالون وبيك (Hallon & Beck, 2004) ،

فإن العلاج المنطقي - الانفعالي هو أحد المعالجات المعرفية - السلوكية التي لم تتم دراستها بشكل كافٍ . وبالرغم من أن هنالك مبادئ واستراتيجيات معينة من العلاج المنطقي - الانفعالي قد أدمجت في أشكال أخرى من المعالجات المعرفية - السلوكية ، إلا أن العلاج المنطقي - الانفعالي "الخالص" يبدو أقل استخداماً الآن مما كان عليه في الماضي .

التوضيح 3-14

أفكار شائعة "لا عقلانية"

توجد أدناه قائمة بالثني عشرة فكرة لا عقلانية يعتقد إيليس (Ellis, 1977) أنها شائعة في فكر العديد من الأشخاص . وبالرغم من أن العديد منا يشتركون فيها ، إلا أن الاعتماد المفرط على مثل هذه المعتقدات قد يصبح مشكلة .

- 1 . فكرة أنه ينبغي ، نعم ينبغي ، أن تنال الحب الحقيقي والاستحسان في كل الأوقات تقريباً ، ومن قبل كل الأشخاص المهمين في حياتك .
- 2 . فكرة أنه عليك أن تكون دائماً على درجة عالية من الكفاءة والإنجاز ؛ أو أن عليك على الأقل أن تكون كفواً أو موهوباً في أمر مهم وذو قيمة .
- 3 . فكرة أن الأشخاص الذين يؤذونك أو يرتكبون أفعالاً غير ملائمة ، هم أشخاص سيئون أو شريريون أو أنذال بشكل عام ، وأنه عليك أن تلومهم أو تشتمهم أو تعاقبهم على خطاياهم .
- 4 . فكرة أن الحياة مزرية أو قذرة أو مريعة أو منجعة ، عندما لا تسير الأمور على النحو الذي تريده .
- 5 . فكرة أن الشعور بالشقاء أو اليأس يأتي نتيجة ضغوط خارجية ، وأن لديك قدرة ضئيلة على التحكم بمشاعرك ، أو إنقاذ نفسك من الكآبة والعدائية .
- 6 . فكرة أن الأشياء الخطرة أو المخيفة يجب أن تكون سبباً للاشتغال البالغ والقلق .
- 7 . فكرة أنه من الأسهل تجنب مواجهة الكثير من صعوبات الحياة والمسؤوليات الذاتية ، بدلاً من القيام ببعض الأشكال المجزية من الانضباط الذاتي .
- 8 . فكرة أن ماضيك سيبقى شديد الأهمية ، وسيبقى المحدد الأساسي لمشاعرك وسلوكك في الحاضر ، نتيجة أمر كان قد أثر يوماً على حياتك بشدة .
- 9 . فكرة أن الأشخاص (والأشياء) أفضل مما يبدو ، وأنه أمر مريع ورهيب ألا تجد ، وسرعة ، حلولاً مناسبة لمنغصات الحياة .
- 10 . فكرة أنه يمكنك تحقيق السعادة بالخمول والراحة وعدم النشاط ، أو بـ "إمتاع نفسك" بسلبية وبطريقة غير ملتزمة .
- 11 . فكرة أنه يجب أن تتحلّى بمستوى عالٍ من النظام أو اليقين لتشعر بالراحة ؛ وإلا فإنك بحاجة إلى قوة خارقة تعتمد عليها .
- 12 . فكرة إعطاء نفسك تقديراً عاماً كإنسان ، وأن قيمتك وتقبلك لذاتك يعتمدان على نوعية أذاتك ومدى استحسان الآخرين لك .

المصدر : مأسعود من : A Basic Clinical Theory of Rational - Emotive Therapy / by Q.Ellis, p.10. In : (Ellis & R. Grieger (Eds.) Handbook of Rational-Emotive Therapy, 1977

بناءً على أبحاثه الخاصة ، والتي بينت أن المريض يمكنه استخدام الحديث الذاتي (self-talk) أو التعليم الذاتي (self-instruction) لتعديل سلوكه ، وأن المعالج بدوره يمكنه تدريب المريض على تغيير حديثه الذاتي ؛ فقد طور ماخنبوم (Meichenbaum, 1977) أسلوب التدريب على التحصين ضد الضغط النفسي ، الذي يهدف إلى منع تطوير المشكلات من خلال "إعطاء جرعة" للأشخاص أو "تحصينهم" كي يتعاملوا مع الضغوط النفسية الراهنة والمستقبلية (Meichenbaum, 1996) . وهو مُعدّ لمساعدة الأفراد على تطوير مهارات جديدة في التدبر ، وزيادة إفادتهم من أساليب التدبر الموجودة لديهم أصلاً (Meichenbaum, 1996) . ويتصدر التدريب على التحصين ضد الضغط النفسي في تعامله مع مصادر الضغط ، أحدث القوائم المنشورة للمعالجات المدعمة تجريبياً (Chambless et al., 1998; Chambless & Ollendick, 2001) . ويمر هذا التدريب بثلاث مراحل متداخلة (Meichenbaum, 1996) :

- 1 . مرحلة تكوين المفاهيم : أولاً ، يتم تدريب العميل على الطرق التي تؤدي من خلالها أنماط معينة من التفكير أو التقييم إلى حدوث الضغط النفسي والانفعال السلبي وأشكال الاختلال السلوكي . فيتم تعليم العميل كيف يتعرف على التهديدات أو مصادر الضغط المحتملة ، وكيفية تدبرها .
- 2 . مرحلة اكتساب المهارة والتدريب : يقوم العميل بالتدرب على مهارات التدبر (مثل : التنظيم الذاتي الانفعالي ، إعادة البناء المعرفي ، واستخدام أنظمة الدعم) في العيادة ، ومن ثم في "العالم الحقيقي" في الخارج بالتدريج ، حيث يواجه بمثيرات الضغط النفسي .
- 3 . مرحلة التطبيق : تظهر فرص إضافية يطبق فيها العميل مدى واسعاً من مهارات التدبر عبر ظروف مثيرة للضغط النفسي . ولتوطيد هذه المهارات ، قد يُطلب من العميل أن يساعد آخرين يعانون من مشكلات مشابهة . كما يتم إدماج إجراءات تحصين أخرى في فترة المتابعة ، وتشمل الوقاية من الانتكاس وجلسات تعزيز المناعة .

لقد استُخدم التدريب على التحصين ضد الضغط النفسي في معالجة عدد من المشكلات الإكلينيكية ، بما فيها صدمات الاغتصاب والاعتداء الجسدي ، واضطراب ما بعد الصدمة ، وعدم السيطرة على الغضب . ولإعطاء مثال واضح ، فقد وَصَفَ نونفاكو (Novaco, 1997) كيف يمكن تطبيق إجراءات التدريب على التحصين ضد الضغط النفسي ، للتعامل مع مشكلات الغضب لدى مرضى مكتئبين في الأقسام التابعة للمستشفيات النفسية . وفي جوهرها ، اشتملت الإجراءات على التهيئة المعرفية لهؤلاء المرضى ، والتحصين والتدريب على المهارات اللازمة ، والممارسة في تطبيق تلك المهارات . ولتهيئة المرضى معرفياً ، يتم إعطاؤهم كتيبات تحتوي على تعليمات تصف طبيعة القلق ووظائفه ، بما في ذلك مناقشة المواقف التي يشكل الغضب مشكلة فيها ، وتبين أسبابه ، وكيفية ضبطه والتحكم به . وتشمل عناصر عملية الإعداد المعرفي : التعرف على الأشخاص والمواقف التي ترسب الغضب وتراكمه ، تعلّم التفريق بين الغضب والعدوان ، التمييز بين الغضب المبرر والغضب الذي لا داعي له ، وإدراك الدلائل المبكرة للتوتر والإثارة مرتبةً وفق درجة تحريضها .

العلاج المعرفي عند بيك (Beck's Cognitive Therapy (CT)

يعدّ آرون بيك (Aaron Beck) رائداً في تطوير المعالجات المعرفية-السلوكية لمشكلات إكلينيكية مختلفة (Beck, 1991) ، ويتطلب هذا النموذج من التدخل العلاجي استخدام التقنيات المعرفية والسلوكية لتعديل أنماط الاختلال في التفكير ، والتي تحدد المشكلة أو الاضطراب قيد البحث (Beck, 1993) . فعلى سبيل المثال ، يُعتقد أن الأفراد الذين يعانون من مشاعر الاكتئاب يضمرون معتقدات سلبية/تشاؤمية حول أنفسهم ، وحول عالمهم ومستقبلهم . فالرجل المكتئب الذي يبلغ الخامسة والأربعين من عمره مثلاً ، قد يميل إلى النقد الذاتي الحاد (ويشعر عادةً بالذنب ، حتى عندما لا يكون ذلك مناسباً) ، وينظر إلى العالم بشكل عام على أنه غير داعم ولا عادل ، ولا يشعر بكثير من الأمل بأن الأمور سوف تتحسن مستقبلاً . ويمكن استخدام تقنيات العلاج المعرفي التالية في علاج الاكتئاب لدى ذلك الشخص (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979) :

- 1 . جَدولة النشاطات بهدف مقاومة أو إبطال كل من حموله النسبي وميله للتركيز على مشاعره الاكتئابية .
- 2 . زيادة نسبة النشاطات الممتعة ، إضافةً إلى تلك الخبرات التي يمارس فيها درجة من السيطرة .

3 . التدريب المعرفي : جعل المريض يتخيل كل خطوة لاحقة تقوده إلى إتمام عمل مهم (مثل حضور دروس التمارين الرياضية) بحيث يمكن معرفة العوائق المحتملة لهذا العمل ، وتوقعها والتعامل معها .

4 . التدريب على توكيد الذات ولعب الدور .

5 . تعريف الأفكار الآلية التي تظهر قبل نوبات الكرب أو أثناءها (مثل : "لا أستطيع القيام بأي شيء بشكل صحيح") .

6 . فحص مدى واقعية أو دقة تلك الأفكار ، وذلك بتحدّي مدى صدقها بلباقة ، ومقارنتها بالواقع ("هل ترى إذن أنك لا تستطيع القيام بأي شيء بشكل صحيح؟") .

7 . تعليم المريض أن يقوم بإعادة عزو "اللوم" عن النتائج السلبية ، إلى المصادر المناسبة . فالمرضى المكتئبون يميلون إلى لوم أنفسهم عند حدوث نتائج سلبية ، حتى عندما لا يكون عليهم أي لوم .

8 . مساعدة المريض على البحث عن حلول بديلة لمشكلاته بدلاً من التسليم باستحالة حلها .

هذا المثال عينة توضيحية موجزة للتقنيات المستخدمة في العلاج المعرفي للاكتئاب عند بيك . ويبين التوضيح 14-4 الخصائص الأساسية للعلاج المعرفي للاكتئاب . ولعله من المفيد أن نكرر القول إن العلاج المعرفي أثبت أنه أحد التقنيات الأكثر فعالية في علاج الاكتئاب (Chambless et al., 1998; Chambless & Ollendick, 2001; Hollon & Beck, 1994, 2004) . إضافة إلى ذلك ، فقد تم تبني العلاج المعرفي لاستخدامه مع المرضى الذين يعانون من اضطرابات القلق (Beck & Emery, 198) ، واضطرابات الأكل (Fairburn et al., 1991) ، واضطرابات الشخصية (Beck, Freeman, & Associates, 1990) ، وهذه أمثلة قليلة فقط على ما يمكن معالجته من مشكلات . إذ تشير الدراسات التجريبية إلى أن هذا العلاج قد يكون أحد التدخلات العلاجية الفعالة في معالجة مدى واسع من المشكلات الإكلينيكية (Hollon & Beck, 1994, 2004; M. L. Smith et al., 1980) .

العلاج السلوكي الجدلي (Dialectical Behavioral Therapy (DBT

يعدّ العلاج السلوكي الجدلي (Linehan, 1993) من الأساليب الحديثة نسبياً في علاج اضطراب الشخصية الحدودية والحالات القريبة منه ، والتي تشمل سوء التنظيم الانفعالي

(emotional dysregulation) والاندفاعية . لقد قامت لاينهان بتطوير العلاج السلوكي الجدلي بناءً على خبرتها الإكلينيكية مع النساء المصابات باضطراب الشخصية الحدودية واللاتي حاولن الانتحار . ونفترض النظرية الكامنة وراء العلاج السلوكي الجدلي ، أن الأفراد يولدون بأنماط عقلية-مزاجية حساسة انفعالياً ، والتي تفود -عند تفاعلها مع بيئة أسرية "تهميشية" - إلى عدم التنظيم الانفعالي والسلوك المؤذي للذات . والبيئات التهميشية هي تلك التي تنتقص من قيمة رغبات الفرد ومشاعره ولا تحترمها ، بالإضافة إلى أنها تتجاهل الجهود المبذولة من قبل الفرد للتواصل معها أو معاقبتها .

ويشمل العلاج السلوكي الجدلي تدريباً على المهارات المتعلقة بأساليب حل المشكلات والتنظيم الانفعالي ، والمهارات البين-شخصية . ويتم التدريب على هذه المهارات في بيئة علاجية داعمة ، تضم عادةً معالجاً واحداً مختصاً بالعلاج السلوكي الجدلي ، إضافةً إلى مجموعة من المتدربين على مهارات هذا العلاج . وينتقل المرضى هنا بالمدورة مرتين عبر 4 نماذج من التدريب على المهارات : (أ) الانتباه (mindfulness) ؛ أي القدرة على الوعي باللحظة الراهنة ، وعدم التششت ، وعدم إطلاق الأحكام ، (ب) التنظيم الانفعالي (emotional regulation) ؛ أي التعرف على الانفعالات ، وتقييم أثرها على الفرد وعلى الآخرين ، وتعلم مجابهة الحالات الانفعالية السلبية وتوضيحها ، والمشاركة في سلوك يزيد من الانفعالات الإيجابية ، (ج) تحمل الشدة والضيق (distress tolerance) ؛ ويعني أن يتعلم المرء تدبر المواقف الصاغطة وتهذئة الذات ، و(د) الفعالية البين-شخصية (interpersonal effectiveness) ؛ أي أن يتعلم المرء كيفية التعامل الفعال مع الصراعات البين-شخصية ، وتلبية الرغبات والاحتياجات بشكل مناسب ، وقول "لا" بطريقة ملائمة لمتطلبات الآخرين غير المرغوب بها . هذا ، ويطلب من الأفراد أن يلتزموا باثني عشر شهراً من العلاج السلوكي الجدلي . لقد أظهر هذا العلاج فعالية أكبر من "المعالجة المعتادة" في التقليل من السلوكات المؤذية للذات ، ومن عدد أيام الإقامة في المستشفى ، ومن استخدام العقاقير (Koerner & Linehan, 2000) . ويعرض التوضيح 14-5 مقتطفاً من جلسة علاجية بأسلوب العلاج السلوكي الجدلي ، كما تبين الملحة الموجزة عن الدكتورة روندا ريتز (14-2) منجزاتها على صعيد العلاج السلوكي الجدلي .

تعتبر علاج أرون بيك المعرفي للاكتئاب من المعالجات المدعومة تجريبياً (Chambless et al., 1998; Chambless & Ollendick, 2001)، والنشطة والمقننة والمحددة زمنياً، وهو يتميز بالخصائص التالية:

التركيز

يركز العلاج المعرفي على الربط ما بين أفكار/ أشكال التفكير والانفعالات والسلوك.

المدة الزمنية

يستغرق عادةً من 14 إلى 16 جلسة، ويظهر التعافي من الأعراض لدى العديد من المرضى بعد 8 إلى 12 جلسة.

الدور المعرفي للمعالج

إن المعالج المعرفي مشارك نشيط وداعم، ومن خلال التعليم النفسي والاكتشافات الموجهة ولتساؤلات السقراطية ولعب الأدوار والتجارب السلوكية، تتم مساعدة المرضى على التعامل مع طرق تفكيرهم اللاكيفية وتغييرها، والتي تؤدي إلى (أو تساعد على) استمرارية الاكتئاب أو غيره من المشاعر السلبية.

بنية الجلسة الاعتيادية

يتم التحقق من الأعراض المزاجية، وتحديد أجندة الجلسة، وتلخيص الجلسة السابقة، ومراجعة الواجب المنزلي، ومناقشة المسائل المحددة في الأجندة، وتحديد الواجب المنزلي الجديد، ويتم أيضاً تلخيص الجلسة الحالية وتقييمها من قبل كل من المعالج والمريض.

مراحل المعالجة

في المرحلة الأولى (حوالي 8 جلسات) يتم تقديم النموذج المعرفي واكتساب المهارات، وتحقيق شيء من السيطرة. وحدوث انخفاض في الأعراض الاكتئابية. وفي الجلسات المتبقية، يتم تقييم المعتقدات اللاكيفية التي قد تؤدي إلى الانتكاس (مثل: "هذا الشعور لن يستمر") وتعديلها، وتعلم مهارات لمنع الانتكاس، ومن ثم مناقشة المسائل المتعلقة بإنهاء العلاج.

تقييم العلاج السلوكي *An Evaluation of Behavior Therapy*

ينظر مؤيدو العلاج السلوكي إلى ما أحرزوه من تقدم على أنه دليل ملموس على الإنجازات التي يمكن تحقيقها، إذا ما وضعنا جانباً تلك السمات العقلية والذاتية و"الخزعاتية" واللاعلمية المرتبطة بالنظرية السيكدينامية أو الظواهرية. ومن ناحية أخرى، يرى النقاد أن العلاج السلوكي يتسم بالسطحية وادعاء العلمية، كما أنه يقلل من شأن الإنسان في محاولاته الآلية من أجل تغيير السلوك الإنساني. في الحقيقة، فإن هذه الانتقادات تعكس الكثير من "الحرافات" المتعلقة بالعلاج السلوكي (Goldfried & Davison, 1994). وعلى أية حال، فإن أعداد الأخصائيين الإكلينيكين الذين يصفون توجههم النظري بالمعرفي أو السلوكي، أكثر بكثير ممن يصفون أنفسهم على أنهم أتباع لأي توجه نظري آخر (Norcross, Karpiak, & Santoro, 2004).

مقتطفات من جلسات للعلاج السلوكي الجدلي (Linehan, 1993)

المريضة امرأة في الثلاثين من عمرها تعاني من اضطراب الشخصية الحدودية ، وكانت قد أودعت المستشفى 10 مرات في العامين الماضيين للعلاج من الأفكار الانتحارية ، كما ارتكبت عدة محاولات سلوكيات مؤذية للذات ، مثل شرب ميثنيل الكلوروكس ، وقصها بجرح وحرق نفسها ، ومحاولة الانتحار مرة واحدة (Linehan & Kehrer, 1993) .

وفي الحوار التالي (Linehan & Kehrer, 1993, pp. 428-429) ، يقوم المعالج بتفسير برنامج العلاج السلوكي الجدلي وأهدافه للمريضة :

المعالج : والآن ، فأهم شيء ينبغي فهمه هو أننا لسنا في برنامج للرقابة من الانتحار ، فهذه ليست وظيفتنا . بل إننا في برنامج لتحسين الحياة . وكما نرى ، فإن الحياة التعبة ليست إنجازاً . وإذا قررنا العمل معاً ، فسنساعدك لتحاولي أن تحسني حياتك ، لتصبح جميلة جداً بحيث لا تعودين تودعين بالموت أو إيذاء نفسك . وعليك أن تعلمي أيضاً أنني أنظر إلى السلوكيات الانتحارية - بما فيها شرب الكلوروكس - كسلوك لحل المشكلات ، وأنظر إلى الإدمان على الكحول بالطريقة نفسها . الفارق الوحيد هو أن الجرح والحرق له أثره لسوء الحظ ، وإذا لم يتجح ، فإن المرء لن يكرره أكثر من مرة . إلا أن أثره يكون على المدى القصير لا البعيد . لذا فإن الإقلاع عن جرح نفسك وإيذاءك لها سيكون كالإقلاع عن الكحول . هل تعتقدن بأن الأمر سيكون صعباً ؟

المريضة : لم يكن الإقلاع عن الشرب بتلك الصعوبة .
المعالج : حسناً ، وفقاً لخبرتي ، فإن الإقلاع عن إيذاء الذات يكون صعباً جداً عادةً ، لكن عليك أن تبذلي جهداً أكبر . وكما أخبرتك عندما تحدثنا باختصار ، إذا التزمت بهذا فسيكون الالتزام لعام كاملاً : العلاج الفردي معي مرة أسبوعياً ، والتدريب الجماعي على المهارات مرة أسبوعياً ؛ فهل أنت مستعدة للالتزام لعام كاملاً ؟

المريضة : لقد قلت إنني تعبت من هذه الأمور . لذا فأنا هنا .
المعالج : إذن فقد وافقت على عدم الانسحاب من العلاج مدة سنة ، صحيح ؟
المريضة : صحيح .

المعالج : وأنت ندركين فعلاً أن عدم انسحابك مدة عام ، إذا ما فكرت فيه ، سيبعد الانتحار مدة عام ؟
المريضة : منطقياً ، نعم .

المعالج : إذن ، علينا أن نكون واضحين جداً حول هذا الأمر . لأن العلاج لن يتفجع إذا تخلصت من نفسك . والهدف الأساسي المتعلق بالمزاج الذي علينا أن نحققه هو أنك لن تقتلي نفسك أو تحاولي ذلك ، مهما كانت حالتك المزاجية .

المريضة : صحيح .
المعالج : وهذا هو ما أنظر إليه على أنه أولويتنا الأولى ، ليس بالنسبة لك فقط ، بل هو القضية الأولى لكلينا ، والتي نعمل عليها . إضافة إلى حملك على الموافقة ، وأنت تعنين ذلك طبعاً ، وعلى الاستمرار فعلاً من خلال لبقاء على قيد الحياة وعدم إيذاء نفسك ، مهما كان مزاجك . والسؤال الآن هو ما إذا كنت توافقين أم لا .

المريضة : نعم ، أوافق على ذلك .

في الحوار التالي (Linehan & Kehrer, 1993, pp. 433) ، يقوم المعالج بتعزيز المريضة لاستخدامها مهارات تحمل الفسق عندما رفض طبيبها إعطاءها دواءً مسكناً للألم :

المعالج : هذا تفكير جيد . عندها تكونين قد بدأت تفكرين بإيجابيات القيام بذلك وسلبياته . حسناً ، في تلك اللحظة ، تكون سلبيات المسألة قد فاقت إيجابياتها . جيد ، لذا حافظي على تحديثك هذا .
والآن ، ما الذي حاولت القيام به أيضاً؟

المريضة : حاولت الحديث عن الأمر مع مريض آخرين .

المعالج : وما الذي قالوه؟

المريضة : قالوا إن عليّ الحصول على الدواء المسكن .

المعالج : نعم ، ولكن هل قالوا إن عليك أن تخرجي نفسك أو تؤذيها إذا لم تحسني عليه؟

للمريضة : لا . ولقد حاولت أن أبعد تفكيري عن الألم عن طريق سماع الموسيقى واستخدام تركيز الانتباه .
وحاولت أن أقرأ وأن أحل أحجية الكلمات المتقاطعة .

المعالج : أها . هل حاولت اللجوء إلى التقليل الجذري؟

المريضة : ما هذا؟

المعالج : إنه نوع من ترك الأمر يمر ، وتقبل حقيقة أنك لن تحسني على الدواء . وأن تستسلمي لذلك الموقف .
فتقبلين أن الأمر لن يحدث فحسب ، وأن عليك أن تتدبري الأمر بطريقة أخرى .

المريضة : الأمر الذي فعلته بالأمس . لقد كنت بحاجة إلى القليل من الأتيكان (الورازيبام) لأحرق تلك ،
لكنني فعلتها .

المعالج : أمس؟

المريضة : أها ، أخذت قيلولة . وعندما استيقظت قلت لنفسي بشكل رئيسي : "هه ، إنها لن تتغير ، لذا عليك
أن تتعاملتي مع ذلك بأفضل طريقة ممكنة" .

المعالج : وهل ساعدك هذا التقليل في شيء؟

المريضة : إنني ما زلت غاضبةً حيال ما أعتقد بأنه تمييز ضد المصابين باضطراب الشخصية الحدودية . ما زلت
غاضبةً من ذلك .

المعالج : حسناً ، لا بأس بذلك . هل ساعدك على التقليل رغم كل شيء؟

المريضة : أها .

المعالج : هذا جيد ، هذا رائع . إنها مهارة رائعة تلك التي غارسيتها ، فعندما يصبح الدفع عتيقاً ، وعندما تبلغ
الأمور معك حدّها ، وعندما يكون الحال في أسوأ أوضاعه ، فالتقليل الجذري هو المهارة التي يجب
ممارستها .



لحة موجرة (2-14)

د. روندا أوزوالث ريتز

Rhonda Oswalt Reitz, Ph.D.

(مستشفى ولاية فالتون ، فالتون)

د. ريتز معالجة معرفية-سلوكية مختصة بالعلاج السلوكي الجدلي (DBT: Linehan, 1993) ، وهي حالياً أخصائية نفسية في مستشفى الولاية في فالتون ، وهو مؤسسة للمرضى المقيمين في مدينة فالتون بميسوري ، ويحتوي على عدد من الأقسام الجنائية . وفي مستشفى الولاية في فالتون ، فإنها تقوم بوظائفها كموجهة للمبتدئين المقيمين ، ومنسقة لبرنامج العلاج السلوكي الجدلي ، ومعالجة سلوكية جنلية للمرضى المقيمين في أقسام ذات حراسة بسيطة ومتوسطة ومشددة . وأخيراً ، فإن د. ريتز مدربة في مؤسسة ب-تيك (B-Tech) وبمثلة لها ، وهي مؤسسة تقدم تدريباً في العلاج السلوكي الجدلي لأخصائيي الصحة النفسية في لولايات المتحدة . ولقد طرحنا على د. ريتز عدداً من الأسئلة المتعلقة بخلفيتها واهتماماتها وأنشطتها .

■ صفني لنا خلفيتك واهتماماتك الإكلينيكية .

لقد بدأ اهتمامي باتخاذ مهنة في علم النفس عندما كنت في الثانية عشرة من عمري . لقد كانت لي صديقة ابنة لطبيب نفسي كان نموذجاً في التعاطف والاحترام في علاج عملائه ، والذي لهنسي لأتبع نهجه . وقد لازمتي هذا الاهتمام المثالي بهذه المهنة المتعلقة بالصحة النفسية طيلة دراستي ونجوي . لقد تعلمت الأساليب السلوكية من خلال تدريب الكلاب في الثانوية ، وقد التحقت - قدر استطاعتي - بالمساقات المتعلقة بنظرية التعلم المتاحة في مرحلة البكالوريوس ، وشاركت في تشريح الأدمغة أثناء تدريبي ، وقمت بالتقييم العصبي النفسي لعملاء يعانون من الإيدز وإصابات الدماغ وغيرها من المشكلات كأخصائية نفسية مقيمة أثناء مرحلة الماجستير . وبينما تركّز تدريبي أثناء دراستي العليا على العلاج المعرفي-السلوكي ، فقد وجدت نفسي منجذبة إلى أنواع أكثر نقاءً من العلاج السلوكي في عملي مع الأطفال والراغبين ذوي الإصابات العضوية ، وبعدها اتسع مدني اهتماماتي . ولقد أصبح ذلك أكثر سهولة في السنوات الأخيرة ، مع توافر الأساليب المدعّمة تجريبياً .

لقد كان العلاج السلوكي الجدلي تركيبة طبيعية تلائم اهتماماتي في الأساليب السلوكية والمعالجات المدعّمة تجريبياً . ولقد أصبح هذا أسلوباً مفضلاً في العلاج بالنسبة مد حضرت إحدى ورشات العمل لمارشا لينهان . ومنذ عنئد من الزمن وحتى الآن ، وأنا أعمل بشكل أساسي مع المرضى الذين تنطبق عليهم محركات اضطراب الشخصية الحدودية .

■ ما هي أنواع الخدمات التي تقدمونها ، ولماذا ؟

أنا مديرة لبرنامج العلاج السلوكي الجدلي في مستشفى جناحي للولاية يضم 500 سرير ، حوالي 10٪ منها مخصصة لعلاج المرضى بالأسلوب السلوكي الجدلي . والعديد من هؤلاء المرضى مشخصون بعدة تشخيصات ؛ كالصعوبات المعرفية ، الاضطرابات النمائية ، الإدمان على العقاقير ، اضطرابات التفكير أو المزاج الأساسية ، واضطرابات الشخصية . ويشمل برنامج العلاج السلوكي الجدلي في هذا المكان ، البرامج الفردية والجماعية طوال النهار والليل . ويتم تنظيم المجموعات بحيث يتعلم العملاء تحليل أنماطهم السلوكية ، وتحديد المهارات الفعالة في المواقف الصعبة واستخدامها (الفعالية بين-شخصية ، مهارات تركيز الوعي والانتباه ، التنظيم الانفعالي ، ومهارات تحمل الضيق) ، وتطوير تلك السلوكيات والمهارات اللازمة لعودة مثمرة إلى المجتمع . وأشير هنا إلى أن جميع أفراد الطاقم الذين يتواصلون مع العملاء مدربون بحيث يميزون السلوكيات المنسجمة بالمهارة ، ويعززونها .

■ ما هي الأمور التي تشتمل عليها أكثر من غيرها في عملك الإكلينيكي ؟

إن أكثر جزء مجزٍ في وظيفتي هو التعرف على كل واحد من العملاء الذين أعمل معهم . فالعلاج السلوكي الجدلي يصف توجهها "أصيلاً جدياً" في العلاقات بين-شخصية مع المرضى ، وبشجع الطاقم على تقليص مسافة الاختصاص . وبينما يتطلب العلاج مستوى عالياً من الانتباه والمرونة المعرفية ، فإنه يتيح أيضاً مزيداً من العلاقات المريحة والشخصية ، حيث يُعتبر تأثير العميل على المعالج مهماً . إنها تجربة مُرضية أن ينخرط المرء في التفاعل السلوكي لصادق مع شخص آخر ، وملاحظة تغير الأنماط السلوكية نتيجة لذلك .

■ ما هي أكبر التحديات التي واجهتها في ممارستك ؟

إن تقديم معالجات ذات نوعية جيدة ضمن موارد مالية وبشرية محدودة لأمر صعب في أي مكان . على أية حال ، هنالك عادة تحيز آخر ضد التمويل العام للمعالجات الجديدة والجريئة ، مع أفراد يُنظر إليهم على أنهم مرضى مزمنون عقلياً أو جنائيون أو "مسيؤون" . إن الدعم التجريبي لمعالجة مثل هؤلاء الأشخاص محدود جداً ، لذا قد يكون من الصعب تنفيذ هذه المعالجات ، في وقت يصعب فيه توفير التخصصات الكافية لها . إن تحديد فوائد المعالجات لهؤلاء الناس ، ومساعدة المشرعين والهيئات المؤثرة الأخرى على الوعي بالمشكلة وتفهمها ، وتقديم التمويل اللازم للمعالجات الفعالة ، تعد أموراً حاسمة . كما قد يكون من الصعب استمرار التركيز على الخدمات الإكلينيكية في إطار المستشفيات ، حيث يكثر العمل المكتبي ، والاجتماعات مع الفريق ، والازمات السلوكية ، والمسؤوليات الإدارية .

■ هل تخبرك الأبحاث بما عليك فعله؟ وإذا كان الأمر كذلك ، كيف قمت بتغيير ممارستك لتكون أكثر فاعلية؟

إنني أشعر بقوة بأن الأخصائي النفسي (كأي شخص يقوم على تقديم خدمة أو منتج) يجب أن يحمل عبء إثبات أن معالجاته ملائمة للاهتمامات الحالية ، وأن يكون لديه سجل موضوعي للإفادة منها في حل المشكلات المشابهة ، وأن يتم تقديمها بناءً على نظام معين . ومن خلال هذه النظرة ، فقد عملت على تشييق الإدارة ولتفريق في المؤسسات التي اشتغلت بها حول أهمية تطبيق جميع عناصر النظام ، بدلاً من تبني الجزء الأقل كلفة من

معالجة معينة . ولقد استغرق الأمر وقتاً أطول في تطبيق "النظام كاملاً" في بعض الأماكن ، نتيجةً لمقاومة الكافة المبدئية المطلوبة ، إلا أن الأمر كان يستحق الجهد عند رؤية تحقق الفائدة الإكلينيكية . إضافة إلى ذلك ، لقد كان من الضروري في عدة مناسبات السعي نحو تمويل معالجة المرضى بطرق غير مأثورة . فعلى سبيل المثال ، من المهم أن تبحث مع شركات التأمين إمكانية تغطية جلسات تزيد عن العدد المسموح به لديها . عندما يكون المريض شخصاً بحاجة تحتاج إلى معالجة مكثفة ، أو أطول أمداً من المعتاد (مثل حالات الرهاب الشديد من الأماكن المفتوحة ، واضطراب الشخصية الحدودية ... إلخ) .

والآن ، سننظر في بعض مواطن القوة والضعف في المناحي السلوكية والمعرفية-السلوكية ، ثم ننهي حديثنا بإيجاز حول بعض التحديات المستقبلية القادمة .

نقاط القوة Strengths

لقد غير العلاج السلوكي من ميدانيّ العلاج النفسي وعلم النفس الإكلينيكي بطرق متعددة (Wilson, 1997) . وسنناقش الآن عدداً من الطرق الأساسية التي كان للعلاج السلوكي تأثيره من خلالها .

الفعالية Efficacy

كما ذكرنا خلال هذا الفصل ، هناك أدلة وافرة على فعالية مجموعة واسعة ومتنوعة من المعالجات السلوكية والمعرفية-السلوكية (Chambless et al., 1998; DeRubeis & Crist-Christoph, 1998; Emmelkamp, 1994; Hollon & Beck, 1994, 2004; Kazdin & Weisz, 1998; Smith et al., 1980 . L. M . وفي الحقيقة ، يبدو أن العلاج المعرفي هو المعالجة المفضلة للتعامل مع العديد من الاضطرابات (Wilson, 1997) . وقد يتذكر القارئ نتائج التحليل البعدي الذي أجراه سميث وزملاؤه (Smith et al., 1980) والمبينة في الفصل الحادي عشر (انظر الجدول 11-4) . وقد أشارت أحجام الأثر لكل من العلاج المنطقي-الانفعالي ، وأنواع العلاج المعرفي الأخرى ، وتقليل الحساسية التدريجي ، وتعديل السلوك ، والعلاج المعرفي-السلوكي ، إلى أن العميل الذي يتلقى أيّاً من أشكال العلاج السلوكي هذه سيكون أداؤه الوظيفي أفضل بـ 75% على الأقل ، من أداء الذين لم يتلقوا أية معالجة . وقد توصلت دراسات التحليل البعدي الأحدث إلى نتائج مشابهة عبر مجموعة من الاضطرابات . إضافة إلى ذلك ، فإن غالبية دراسات التحليل البعدي التي قارنت فعالية التقنيات السلوكية أو المعرفية-السلوكية بفعالية أشكال أخرى من العلاج النفسي (كالسيكودينامي أو العلاج المتمركز حول العميل) وجدت تفوقاً بسيطاً ولكن ثابتاً للأساليب السلوكية والمعرفية-السلوكية (Dobson, Hollon & Beck, 2004; Svarberg & Stiles, 1991) . ومن الواضح أن هذه التقنيات العلاجية مهمة وينبغي على الأخصائي الإكلينيكي التمكن منها .

لقد استُخدمت حركة العلاج السلوكي معها أيضاً مجموعة من التقنيات القصيرة الأمد والمؤثرة . فقد استُبدلت بساعات العلاج النفسي اللامحدودة والطويلة ، سلسلة أقصر من الاستشارات التي تركز على الشكاوى المحددة للمريض . كما تُطبّق سلسلة من الإجراءات المحددة ، التي تنتهي بأكملها عندما لا تعود شكاوى العميل موجودة . أما "تتبع جذور" المرض الكامن ، والتصنيف المُصنّي لتاريخ المريض ، والبحث المطول عن الاستبصار ، فقد أصبح كله في عداد الماضي . وقد جاء ليحل محله التركيز على الحاضر ، وعلى البراجماتية التي تميزت باستخدامها لتقنيات معينة ملائمة لعلاج مشكلات محددة . ونتيجة لكفاءته ، فقد يكون العلاج السلوكي ملائماً بشكل خاص لبيئة يسودها نظام إدارة الرعاية الصحية (Wilson,1997) .

وفي الحقيقة ، يمكن لبعض التقنيات السلوكية أن تُنفَّذ على يد تقنيين مدربين للعمل تحت إشراف أخصائيين إكلينيكين من حملة الدكتوراة . وبالتالي ، فلا يحتاج تطبيق كل عنصر من عناصر العلاج السلوكي إلى طاقم من حملة الدكتوراة . فبرامج العلاج السلوكي (مثل جمع الفبشات) ينبغي إعدادها من قبل مختصين مدربين ، لكن تنفيذها من يوم لآخر يمكن أن يُعهد إلى تقنيين أو شبه مختصين أو ممرضين أو غيرهم . وهذا يشكل توفيراً كبيراً على مستوى الطواقم العاملة في مجال الصحة النفسية ، كما يتيح الوصول إلى أعداد أكثر بكثير مما تسمح به إجراءات علاج فردي متعمّق ، يقتصر على المنحى السيكودينامي .

مجموعة من المعالجات المدعومة تجريبياً

An Array of Empirically Supported Treatments

لقد تطور العلاج السلوكي حتى أصبح يشمل مدى واسعاً من التقنيات ، تمتد من تقليل الحساسية التدريجي إلى إعادة البناء المعرفي (Wilson,1997) . وما لم يكن المعالج السلوكي ملتزماً بمجموعة محددة من الإجراءات ، فإن هذا الطيف الواسع من التقنيات سيجعله مضطراً للقيام ببعض الاختيارات . ولزيادة احتمالات القيام باختيار صحيح ، فمن الأرجح أن يقوم المعالج بجمع المعلومات التي تلبي متطلبات التقنية التي تناسب المريض أكثر من غيرها (Peterson & Sobell, 1994) . وإذا ما استعاد التقييم أخيراً مكانته المرموقة ضمن قائمة النشاطات المفضلة عند الأخصائي الإكلينيكي ، فسيعزى ذلك إلى حد كبير إلى رغبة المعالج السلوكي في الحصول على معلومات توجه عملية اتخاذ القرار العلاجي .

فالعلاج السلوكي عبارة عن مجموعة فاعلة جداً من الإجراءات ، التي تتضمن التقييم والتخطيط واتخاذ القرارات وتوظيف التقنيات . في بعض جوانبها ، يمكن النظر إلى العلاج السلوكي على أنه تقنية معقدة ؛ تقنية لا يمكن أن ندعها تحدث للمريض هكذا بصورة سلبية ، فهي شيء ينبغي توجيهه بعناية وبمنظرة ناقبة واهتمام كبير بالتفاصيل . كما أنها ليست بالعملية التي تتيح للمعالج الانتظار حتى قدوم المريض يوم الخميس قبل التفكير بالحالة ، إذ لا يستطيع المعالج أن يقوم بكل شيء من خلال السَّمْع . فإذا كان المعالج يستخدم إجراءات العلاج بالتنفير ، فقد تحتاج العلاقة الزمنية ما بين ظهور المثير وبدء العقاب إلى إشراف صارم . وأنظمة جمع الفيشات ليست عشوائية تترك لحظة أنية وقرارات موقفية ارتجالية ، فكل شيء ينبغي أن يتم التخطيط له مسبقاً وبدقة متناهية . من المهم أيضاً تحديد ما إذا كانت مشكلة المريض عيياً سلوكياً أم حالة قلق "صرفة" ؛ لأن المضامين العلاجية ستختلف كثيراً في الحالتين .

إن أياً من ذلك لا يعني ضمناً أن كل معالج نفسي ذا توجه سيكودينامي لا يفكر بالحالات التي يعمل معها في الفترة ما بين الجلسات العلاجية ، أو أنه يتوصل دوماً إلى استراتيجياته بكل عفوية وتلقائية أثناء عمله . إلا أن طبيعة العلاج النفسي التقليدي تجعله عرضة لمثل هذه المشكلات المتعلقة بالدور السلبي للمعالج . هذا ، ويمكن للطبيعة النشطة والحيوية للأساليب السلوكية وما تفرضه من اتجاهات على المعالج ، أن تكون مسؤولة عن درجة من تحسن المريض ، تتجاوز التحسن الناجم عن تطبيق إجراءات معينة (على النقيض من المعالجين النفسيين السلبيين والتأملين وغير الملزمين ، الذين ليس لديهم ما يقولونه أو يقترحونه إلا فيما ندر) .

ومن الجدير أن نكرر قولنا بريادة العلاج السلوكي في "وضعه اللوائح أو الأدلة" دون منازع ، للمعالجات التي يوظفها على المرضى ، بحيث يمكن تطبيق الأساليب المدعمة تجريبياً بطريقة مقننة . وهذا لا يسهل إجراء الأبحاث وتوفير المعالجة الفعالة فحسب ، بل ويسهل أيضاً تدريب الأخصائيين الإكلينكيين مستقبلاً على تطبيق هذه المعالجات الفعالة .

إحلال الأعراض Symptom Substitution

وكما هو الحال في نواح أخرى عديدة ، يحظى المعالجون السلوكيون بموقع آمن ومكانة عالية في تاريخ علم النفس ؛ إذ ساعدوا على دفن فكرة إحلال الأعراض التي كانت شبه مقدسة سابقاً . فهم لم يشبثوا وجود بدائل للنظرة السيكودينامية للمرض النفسي فحسب ، بل وانتقدوا النموذج الطبي بفعالية ، وأفكاره "الشمينة" المتعلقة بالمرض والأعراض . فبعد سنوات طويلة من البحث والخبرة الإكلينيكية ، أصبح من الواضح الآن أنه ليس بوسعنا اعتبار جميع شكاوى المريض أعراضاً لمرض نفسي كامن ؛ أي اعتبارها مرضاً سيعود بالتأكيد على هيئة عرضٍ آخر إذا أزيل العرض الحالي دون

معالجة الحالة المرضية الكامنة . إن التصدي لقلق المريض مباشرة لن يجعل هذا القلق يعود بهيئة أخرى بالضرورة . وهذا البرهان لم يزد من مصداقية الحركة السلوكية فحسب ، وإنما أدى أيضاً إلى تقليل مصداقية التوجهات الطبية النفسية والسيكودينامية ، اللتين دافعنا عن فكرة إحلال الأعراض بقوة . نتيجة لذلك ، أصبح الطريق ممهداً أمام تطوير تقنيات محددة للتعامل مع شكاو معينة لدى المريض . على أية حال ، ينبغي تخفيف حدة هذه الملاحظات بإدراكنا أن القفز نحو ما يبوح به المريض من مشكلات ، قد لا يكون الأسلوب الأكثر فعالية دوماً . فكما ذكرنا سابقاً في هذا الفصل ، قد يتبين أن القلق يبقى موجوداً أحياناً لأسباب لا يمكن تحديدها بشكل فوري (Lazarus, 1971a) .

اتساع مدى التطبيق Breadth of Application

من الإسهامات الكبيرة نسبياً للعلاج السلوكي ، قابليته الواسعة للتطبيق . لقد كان العلاج النفسي التقليدي مقتصرراً على الطبقات الوسطى والعليا ، التي تمتلك الوقت والمال الكافيين وتكرسهما لمحنها وأزماتها النفسية ، وعلى الأذكيا والمحنكين من طلبة الجامعة ، الذين يتمتعون بمخزون متطور من السلوكات التكيفية ، والذين يدرسون في كليات أو جامعات تتيح لهم الحصول على الخدمات الإرشادية بكلفة قليلة ، أو حتى دون كلفة . لقد غير العلاج السلوكي كل ذلك .

والآن ، فحتى الأفراد الذين يعانون من ظروف مالية صعبة ، ومن التخلف العقلي أو الأمراض النفسية المزمنة ، يمكن لهم أن يستفيدوا من العلاج النفسي . فمثل هؤلاء الأشخاص قد لا يكونون قد وصلوا إلى مستوى كافٍ من الاستقلال الوظيفي ، ولكن مع ابتكار الأساليب الإجرائية ونظام الفيشات ، فمن الممكن أن يتحسن تكييفهم المؤسسي بصورة دالة في أغلب الأحيان .

ولم تقتصر فائدة هذه التقنيات الإكلينيكية على نزلاء المؤسسات فقط ؛ فالمرضى من مستويات اجتماعية اقتصادية متدنية ، ومن بيئات ثقافية وتعليمية محدودة ، يمكن أن يخبروا القلق والخاوف المرضية أيضاً ، أو يفتقروا إلى المهارات اللازمة لحل المشكلات . ففي الحالات التي قد تفشل فيها المعالجات النفسية اللفظية الطويلة التي يعتمد على الاستبصار أو الرمزية أو إطلاق الإمكانات الكامنة ، فإن توافر إطار واسع من المعالجات السلوكية من شأنه أن يمنحنا أملاً حقيقياً .

العالم-الممارس والعالم الإكلينيكي

Scientist- Practitioner and Clinical Scientist

بالنسبة لأولئك الذين يؤيدون نموذج العالم-الممارس أو العالم الإكلينيكي في علم النفس الإكلينيكي ، فإن ميدان العلاج السلوكي يشجع الدمج بين هذين الدورين . فالتقليد السلوكي ينبثق من إرث تجريبي موجه نحو البحث . كما جاءت تقنيات عديدة في العلاج السلوكي من أحضان

المختبر التجريبي . وحتى لغة العلاج السلوكي أحياناً تأتي من دوريات البحث التجريبي مباشرة . وفي العلاج السلوكي ، هناك تواصل سهل بين الباحث والإكلينيكي ، وعادةً ما ينتقل الشخص نفسه بكل أريحية بين هذين الدورين . ومثل هذه الألفة تزيد من احتمال انعكاس التطورات المخبرية في التقنيات العلاجية الجديدة ، كما تزيد من مساهمة الخبرة الإكلينيكية - من خلال الحوار - بدور حيوي في تحديد نوع البحث والتقييم المطلوبين .

الانتقادات Criticisms

لقد فقدت العديد من الانتقادات الموجهة للعلاج السلوكي الكثير من قوتها في اللحظة التي تبنى فيها هذا الميدان موقفاً معرفياً . وكما ذكر سابقاً ، فقد استخدم جولدفرايد ودافيسون (Goldfried & Davison, 1994) مصطلح العلاج السلوكي بشكل أوسع ليشمل كلاً من التقنيات السلوكية والمعرفية الدقيقة ، والمشتقة من مبادئ توطدت تجريبياً في المختبر ، ولها تطبيقاتها الإكلينيكية البارزة . على كل حال ، ما يزال مدى الارتباط بين المبادئ مخبرية الأصل وتقنيات العلاج السلوكية موضوعاً يدور حوله الكثير من الجدل .

ربط الممارسة بالعلم Linking Practice to Science

امتطت الحركة السلوكية ، لعدة سنوات ، موجة التقدير العلمي . وبدأ أن الكثير من الأخصائيين السلوكيين - والأغلبية المتطرفة منهم بالتحديد - يطالبون بصوت عالٍ بمكانة أفضل ، وذلك بدعوى أن العلاج السلوكي مبني على المبادئ العلمية الثابتة والمتينة لنظرية التعلم . وعلى النقيض من ذلك ، يُقال إن التوجهات السيكوندينامية ما هي إلا استقراءات فجوة لوجهة نظر عقلية ، لا تبعد كثيراً عن الشعوذة . وفي بعض الأحيان ، يبدو أن مجرد تكرار ادعاءات التوجه العلمي أو التجريبي أدى إلى تضليل المتحمسين من أتباع العلاج السلوكي ، بحيث أصبحوا يبالغون بـ "علميتهم" . ولكن الأساليب السلوكية ليست جميعها مبنية على أدلة تجريبية ثابتة وقوية ؛ إذ انبثق كثير منها عن الخبرة الإكلينيكية (Wilson, 1997) . علاوة على ذلك ، يمكن تفسير العديد مما يقوم به المعالجون السلوكيون بسهولة ويسر ، من خلال وجهات نظر غير سلوكية (Goldfried & Davison, 1994) .

اللاإنسانية؟ Dehumanizing?

ومن بين الأوصاف الملازمة للحركة السلوكية : أنها "مجذبة" و"آلية" و"لاإنسانية" . ولتحديد ما إذا كان هنالك تحيز في مثل هذه التسميات حقاً أم لا ، قام وولفولك وولفولك وولسون

(Woolfolk, Woolfolk, & Wilson, 1977) بالطلب إلى مجموعتين من طلاب البكالوريوس مشاهدة شريطي فيديو متطابقين ، يدوران حول مدرّس يستخدم أساليب التعزيز . وقد أُخبرت المجموعة الأولى بأن الشريط يوضح أسلوب تعديل السلوك ، أما بالنسبة للمجموعة الثانية فقد صُنّف الشريط على أنه توضيحٌ للتعليم الإنساني . وقد بيّنت استبانة لاحقة أن الشريط عندما وُصف بمصطلحات إنسانية ، تلقى المدرّس تقديرات أعلى ، كما اعتُبر أسلوب التدريس المبين أكثر توطيداً للتعليم والنمو الانفعالي .

إن استخدام مصطلحات ذات صدى أليّ مثل الاستجابة والمثير والتعزيز والإجرائية ، لا يعني أن المعالج أو أسلوبه منعزل أو مُجذب أو يحط من قيمة الشخص . إن الاستخدام المنهجي لمبادئ التعلم ودراسة أوجه التشابه مع الحيوان - كتوضيحات بسيطة لطبيعة التعلم عند الإنسان - لا ينبغي له أن يقود إلى استدلال ضحل بأن المعالجين السلوكيين عبارة عن "روبوتات" باردة تسعى إلى الضبط والتحكم ، وتركز اهتمامها على مبادئ التعلم أكثر من تركيزها على العملاء . مثالياً ، ومع تزايد التوجه المعرفي ، فإن مثل هذه التصورات الخاطئة ستأخذ بالتلاشي .

وبالرغم من عدم وجود شيء في صلب العلاج السلوكي يقود المرء للاعتقاد بأنه يقلل من قيمة الإنسان بالضرورة ، إلا أن بواكيره شهدت عدداً من الأحداث المؤسفة والنقاشات الحادة . لقد أفضنا بالتعليق على استخدام تقنيات العلاج بالتنفير ، والتي اعتبرها الكثيرون أقرب إلى السادية منها إلى العلاج . إضافةً إلى ذلك ، بدا أن العديد من السلوكيين الأوائل كانوا مهووسين بمبادئهم وتقنياتهم ومأسورين بها ، بحيث أصبح حسّهم المشترك صحتهم الأولى . وغالباً ما عادت عليهم انتقاداتهم الساذجة أحياناً للسيكوديناميين ، وثقتهم الزائدة بالتكنولوجيا ، بكثير من الضرر ؛ حيث اتخذت هدفاً سهلاً للهجوم عليهم من قبل نقّادهم ، وعملت على جعل الحياة أصعب بالنسبة لأتباعهم . وفي التحليل النهائي ، ليس هنالك من تقنيات أو مبادئ كافية تسمح للأخصائي الإكلينيكي برفاهية التخلي عن حساسيتهم الإكلينيكية ، أو الاستغناء عنها .

النمو الداخلي Inner Growth

تم انتقاد العلاج السلوكي أيضاً لكونه مساعداً على النمو الداخلي ، ولكنه ليس مسبباً له . حيث يُقال إنه يخفف من الأعراض أو يوفر بعض المهارات ، إلا أنه يفشل في تقديم خبراتٍ خلاقية ومُرضية . وبالرغم من أنه قد يغير السلوك ، إلا أن العلاج السلوكي يفشل في تطوير الفهم ؛ فهو يستبعد مفاهيم الذات الداخلية والقيم والمسؤولية والدوافع . مرةً أخرى ، رغم عدم مجانبتها الصواب تماماً ، فإن مثل هذه الانتقادات قليلاً ما تنطبق على التوجه المعرفي الجديد في العلاج السلوكي ، وهو

توجه يتعامل مع متغيرات وسيطة كالتوقعات والمفاهيم المتعلقة بالذات ؛ وذلك طالما أنها توصف بموضوعية ، ويُستدلّ عليها من خلال مثيرات واستجابات معينة .

المشكلات غير المحددة Nonspecific Problems

لعدة سنوات ، اشتكى النقاد من عدم تعامل العلاج السلوكي بشكل كاف مع المشكلات ذات الطبيعة الغامضة أو الوجودية . فمشكلة رهاب الأفاعي الحادة مثلاً ، يمكن معالجتها بسهولة من خلال الاسترخاء أو تقليل الحساسية التدريجي أو النمذجة . ولكن ماذا عن الزوجة المكتئبة والمحبطة ، التي تجد نفسها في منزل خالٍ من الناس بعد أن كُبر أفراد أسرتها واستقلوا عنها؟ وماذا عن ذلك الإحساس الغامض غير الواضح بالقلق أو الاكتئاب؟ باختصار ، هل يمكن للتقنيات السلوكية التي تتعامل مع أشكال محددة من القلق أو مع العيوب السلوكية ، أن تحلّ معضلات أخلاقية لدى الفرد أيضاً ، أو الإحساس بعدم القيمة؟ إن الإجابة ليست واضحة . ففي وقت مبكر يعود إلى عام 1964 ، أدرك جروسبيرج (Grossberg) هذه المأخذ على العلاج السلوكي ، عندما قال معلقاً : "لقد كشفت مراجعة هذه الأدبيات أن المعالجات السلوكية طُبِّقت على العديد من الاضطرابات العصبية والذهانية ، وكانت أكثر نجاحاً في التعامل مع تلك الاضطرابات التي تتضمن سلوكيات لا تكيفية محددة" (ص 73) .

ويعود الفضل جزئياً إلى هذه المأخذ في تحول العلاج السلوكي إلى توجه أقرب إلى المعرفية ، نعم ، وحتى إلى توجه أقرب إلى السيكوندينامية والإنسانية (Goldfried & Davison, 1994) . وإذا ما حافظ على علاقته الرديّة مع نظرية التعلم والموضوعية والبحث العلمي أثناء تحرّكه الحذر نحو المواقف المعرفية والدينامية والإنسانية ، فلربما يكون العلاج السلوكي قد حصل على أفضل ما في هذه العوالم مجتمعة .

العمليات العقلية Mental Processes

بالرغم من أن قلة من المعالجين السلوكيين يمكن القول إنهم يقبلون باللاشعور ، فإن السلوكيين المتطرفين فقط هم الذين ما يزالون يصرون على الرفض المطلق لجميع ما يُسمى بالعمليات العقلية . وبالمثل ، فليس من المُتوقع أن يوصي الكثير من الأخصائيين السلوكيين بإعادة بناء مستفيضة لماضي المريض (وخصوصاً النفسي الجنسي في الطفولة) . إلا أن ذلك لا يعني القول إن خبرات التعلم الماضية لا تؤدي إلى المآزق الراهنة للمريض ، فهي تؤدي إلى ذلك فعلاً . والأخصائي السلوكي الحساس سيكرّس جزءاً من وقته لفهم ماهية خبرات التعلم هذه . ومن خلال قيامه بذلك ، يمكنه التمييز بشكل أفضل ما بين العيوب والمشكلات السلوكية ، وأن يزيد من فهمه لكيفية بناء خبرات التعلم الراهنة ، لتمكين المرضى من تدبر مشكلاتهم بشكل أفضل .

يركز أحد انتقادات العلاج السلوكي الأكثر عنفاً والمشحون بالانفعال على مسألة التحكم والسيطرة . حيث يوصف العلاج السلوكي بالمكر والغدر المبطن ، وبالتعدي المباشر أحياناً على إمكانات المريض في اتخاذ قراراته والنهوض بمسؤولياته ، والحفاظ على كرامته وتكامله . ولكن المرضى عادةً ما يبحثون عن المساعدة المختصة بصورة طوعية ، وبالتالي فهم يدركون حاجتهم للمساعدة والتوجيه في تغيير حياتهم . وهكذا ، تكون أمام المريض فرصة قبول الإجراءات المتاحة أو رفضها (بالرغم من أن مراقبة الدفاع هذه قد لا تنطبق بالصورة نفسها على المؤسسات) . إضافةً إلى ذلك ، تهدف العديد من التقنيات السلوكية إلى مساعدة المرضى على اكتساب المهارات التي يمكن أن تؤدي إلى درجة أكبر من توجيه الذات وضبطها (Goldfried & Davison, 1994) .

التعميم Generalization

ومن الانتقادات القاسية التي وُجّهت إلى عددٍ من أشكال العلاج السلوكي ، تلك المتعلقة بفعاليتها بشكل خاص في مواقف أخرى عدا المواقف التي تم إجراؤها فيها . وبكلمات أخرى ، هل يمكن تعميم آثار برامج العلاج السلوكي إلى مواقف أخرى غير تلك التي تمت ممارستها فيها؟ مرةً أخرى ، ولغايات عدم التحيز ، ينبغي الإشارة إلى أن معظم أشكال العلاج النفسي معرضةٌ للسؤال نفسه . فعلى سبيل المثال ، يُظهر بعض المرضى تحسناً ملحوظاً أو تكييفاً في مواقف العلاج النفسي ، بالرغم من الفشل في تعميم هذا التكييف على المواقف غير العلاجية .

ولعل المناحي الإجرائية (نظام جمع الفيشات ، وبرامج الإدارة السلوكية الأخرى المشابهة) هي التي تعرضت لأكبر قدر من التشكيك . إذ يبدو أن مثل هذه البرامج تعمل بأفضل صورها حين يوجد أكبر ضبط ممكن لحياة المريض . وقد تبدو فعالة بشكل خاص في المؤسسات التي تُعنى بحالات التخلف العقلي أو الاضطرابات النفسية المزمنة ، إضافةً إلى بعض المواقف الصفّية ، وترتيبات العيش التجريبية . وفي هذه الأماكن ، يكون العاملون المدربون متوافرين لمراقبة السلوك أو صرف الفيشات ، مما يجعل الإبقاء على الارتباطات الملائمة بين السلوك والتعزيز أمراً سهلاً نسبياً . على أية حال ، عندما يغادر الأفراد مثل هذه البيئات الحميّة ، يصبح من الواضح أنه بالرغم من الإبقاء على بعض السلوكيات المرغوبة عن طريق العمليات الإجرائية السلوكية ، إلا أن القليل مما تعلّموه يمكن تعميمه خارج الأماكن المضبوطة . هذا ، وتواجه عملية وضع برامج تعديل السلوك في المواقف الطبيعية عدة مشكلاتٍ عملية ، عدا عن مشكلة تعميم آثارها خارج المؤسسة .



د . جوديث س . بيك

Judith S. Beck, Ph.D

(مديرة في مؤسسة بيك للعلاج والبحث المعرفي ،
وأستاذة مساعدة في كلية الطب بجامعة بينسيلفانيا)

الدكتورة جوديث بيك مديرة في مؤسسة بيك للعلاج والبحث المعرفي ، وأستاذة إكلينيكية مساعدة في كلية الطب بجامعة بينسيلفانيا . وهي خبيرة في العلاج المعرفي ، وتُجوب أنحاء الولايات المتحدة والعالم لتدريب الأخصائيين الممارسين فيما يتعلق بنظرية وممارسة هذا المنحى في التعامل مع المشكلات النفسية . بالإضافة إلى أعمالها التدريسية والإدارية ، تقوم د . بيك بإجراء ونشر الأبحاث في ميادين التقييم المعرفي والمعالجة المعرفية . كما قامت وشاركت بتأليف عدد من المنشورات العامة المتعلقة بالعلاج المعرفي والاكتئاب . وقد زودتنا د . بيك بمعلومات عن نفسها وعن انطباعاتها فيما يتعلق بعسقل علم النفس الإكلينيكي والعلاج المعرفي .

■ ما الذي أثار اهتمامك ابتداءً بميدان علم النفس الإكلينيكي؟

لطالما كنت مهتمة بالعمل مع الأطفال ، وقررت في وقت مبكر أن أكون معلّمة . وفي الحقيقة ، فإن شهادتي العلمية كانت في التربية وعلم النفس التربوي . ابتداءً ، قمت بتدريس الطلاب الذين يعانون من صعوبات التعلم ، ثم أشرفت على مدرسي التربية الخاصة . ثم أثارت اهتمامي أعمال الطبيب آرون ت . بيك ، والذي هو والدي ، و"أبو" العلاج المعرفي . وفي منتصف طريقي في التحضير لنيل الدكتوراة ، قررت أن عليّ معرفة المزيد حول هذا التخصص . لقد كنت يدايةً أميل إلى لشك بأنني لا يمكن أن أكون أخصائية نفسية جيدة ، لأنني لم أدرك أن مهارات الإرشاد قابلة للتعلم ؛ وليست وراثية أو حدسية بالضرورة كما كانت مهاراتي التدريسية . وقد بينت لي مساقات علم النفس والتطبيقات التي قمت بها أن العديد من المهارات التي تعلمتها كمدرسة (وكمشرفة لاحقاً) عادت عليّ بالنفع .

ولاستكمال الحلقة ، فأخذت أنشطتي المهنية المفضلة تعليم الطلبة والمختصين في ميادين الصحة النفسية والتربويين من حين لآخر .

■ صفي لنا ماهية الأنشطة التي تقومين بها كأخصائية إكلينيكية .

كمديرة لمركز غير ربحي تتضمن مهامه تقديم الرعاية الإكلينيكية والتعليم والبحث ، فإن أنشطتي متنوعة جداً . إنني أمضي الكثير من الوقت في الإدارة ، وأشرف على فريقنا الإكلينيكي والأخصائيين النفسيين وغيرهم من أخصائيي الصحة النفسية في برامج التدريب الخارجية والداخلية التي نعقدّها . كما أقوم بقدر جيد من تدريس العلاج المعرفي محلياً ودولياً ، وذلك من خلال المساقات والمؤتمرات وورشات العمل .

إضافة إلى ذلك ، فإنني أعالج مجموعة صغيرة من المرضى النفسيين غير المتقنين . وأشارك في عدد من مشاريع الأبحاث كمستشارة أو باحثة أساسية . كما أنشر مقالات وفصولاً ، وأعمل حالياً على كتاب ثانٍ لتعليم الإكلينيكيين كيفية فهم المرضى الذين يعانون من اضطرابات صعبة ، والتخطيط لمعالجتهم والعمل معهم . وأنا عضوة في مجالس عدد من مؤسسات المجتمع والمنظمات المهنية . كما أنني الرئيسة المنتخبة لأكاديمية العلاج المعرفي ، وهي منظمة غير ربحية تمنح الشهادات لأخصائيي الصحة النفسية في العلاج المعرفي . وكأستاذة إكلينيكية مساعدة في كلية لطب بجامعة بنسلفانيا ، فإنني أطور وأدرّس مساقات في العلاج المعرفي ، وأشرف على الأطباء النفسيين في عاميهم الدراسيّن الثالث والرابع ، وأدرّس طلبة الدراسات العليا في علم النفس والتدريب النفسي .

■ ما هي مجالات تخصصك الدقيق أو اهتماماتك الدقيقة؟

ميدان تخصصي الأساسي هو العلاج المعرفي . وأحد المجالات التي ركزت عليها هي إيجاد تصور معرفي للمرضى ، خصوصاً في اضطرابات الشخصية . ولقد قمت بتطوير نموذج مقنن لمساعدة الإكلينيكيين على وضع فرضيات أساسية حول كيفية قيام المرضى - نتيجة لخبرات الطفولة السلبية (والاستعداد الوراثي) - بتطوير معتقدات سلبية جامدة وعامة حول أنفسهم ، وحول الأشخاص الآخرين ، وحول عالمهم ، وكيفية تأثير هذه المعتقدات على معالجتهم للمعلومات ، وتوقعاتهم ، وردود فعلهم الانفعالية ، وسلوكياتهم على مدى حياتهم . ويرتبط بذلك الاهتمام القيام بتدريس الأخصائيين الإكلينيكيين لاستخدام التصورات المعرفية كخطوط إرشادية في صياغة شكل من التحالف العلاجي والحفاظ عليه ، وفي تطوير خطط العلاج ، وفي تغيير البنية والتدخلات العلاجية والتوقعات لدى المرضى من ذوي المشكلات والاضطرابات المعقدة ، الذين لا يستجيبون للعلاج المعرفي المباري .

كما أنني ما زلت أقوم بتطوير أساليب أكثر فعالية لتدريس الطلبة والأخصائيين والإشراف عليهم . فعلى سبيل المثال ، قمت بتقنين جلسات التدريس والإشراف بالطريقة نفسها التي أقوم بها بتقنين العلاج . كما قمت بتطوير أدوات لتقييم المرضى لمعالجتهم ، ولتقييم المشرقيّن للمعالجين (ولتقييم المعالجين للمشرقيّن) . وقد شاركت في وضع مقياس للمعتقدات المرتبطة بالشخصية ، وأشارك الآن في تطوير مقياس يتم تطبيقها ذاتياً للأطباء ، والتي تقم أعراض الاكتئاب ، والقلق ، والغضب ، واضطراب المسلك ، والتقدير المنخفض للذات .

■ ما هي التوجهات المستقبلية التي تتوقعها لعلم النفس الإكلينيكي؟

ستكون إحدى التوجهات متعلقة بإبتكار أدوات جديدة وتحديث أخرى سابقة ، في تشخيص المرضى وتقييم أعراضهم بدقة أكبر . ومن المحتمل أن تحتوي المقاييس المستقبلية على المزيد من الفقرات المعرفية إضافة إلى الأعراض الانفعالية والسلوكية والبيولوجية المعتادة . وسيتم تطوير مزيد من المقاييس للتعرف على المعتقدات التي تكمن وراء مشكلات وتشخيصات معينة . وسيركز الأخصائيون الإكلينيكيون بشكل متزايد على قياس النتائج لتقييم فعالية المعالجة .

واعتقد بأن الإكلينيكيين من حملة الماجستير والعاملين الاجتماعيين وأطباء الصحة العامة سيقتسمون معالجات مباشرة لحالات تعاني من الاكتئاب والقلق . وسيطلب من الأخصائيين الإكلينيكيين - الذين هم أكثر تدريباً ولديهم خبرات معينة- بشكل أساسي أن يعتنوا بالمرضى الذين يعانون من مشكلات أكثر تعقيداً ، وسيستفدون من المعالجات ذات الأسس التجريبية بشكل متزايد . وستهتم مؤسسات الصحة السلوكية في النهاية بتوفير العناية الإكلينيكية على أسس أكثر منطقية تراعي شدة الشخصيات المختلفة وتزامنها .

■ ما هي التوجهات المستقبلية التي تتوقعونها للعلاج المعرفي؟

إحدى التوجهات مستتاول تطبيق العلاج المعرفي على مجموعة أوسع من الاضطرابات النفسية . فعلى سبيل المثال ، أثبتت دراسات النتائج الحديثة فعالية العلاج المعرفي في علاج كل من الإدمان على المواد ، واضطرابات الأكل ، واضطرابات الشخصية . وفعالته كمعالجة إضافية مساعدة في معالجة الهوس الاكتئابي والفصام ، كأمثلة بسيطة . كما سيستمر صقل العلاج المعرفي ليساهم في معالجة مجموعة مختلفة من الأمراض الطبية ، مثل مرضى القلب ، والمصابين بالاكتئاب ، ومرض السكرى الذين لا يلتزمون بحسيتهم العلاجية ، والمرضى ذوي الحالات الناجمة عن الضغط النفسي ، أو التي أدت الضغط إلى تفاقمها .

وسيستمر الأخصائيون الإكلينيكيون في توسيع نطاق تقديم العلاج المعرفي للمرضى (وأسرهم) في أماكن مختلفة : في برامج المرضى المقيمين ، وبرامج الإقامة الجزئية ، وعملاء العيادات الخارجية ، وفي مكاتب والمختصين ومقدمي خدمات الرعاية الأولية ، ومراكز إعادة التأهيل ، ودور المسنين والمدارس . وسيقوم المعالجون المعرفيون بتدريس أوسع نطاقاً لكل من الأطباء النفسيين ، والمرضى النفسيين ، والعاملين الاجتماعيين ، والمرشدين ، وأطباء الصحة العامة ، وغيرهم من المعالجين الإصاقين الذين يمكن تعزيز فعاليتهم من خلال إدخال التقنيات المعرفية إلى ممارساتهم .

وأخيراً ، سيقوم المدرسون والمثرفون المعرفيون بصقل أساليب للإفادة من التكنولوجيا المتطورة في برامج لتعليم عن بُعد ، وفي نشر المعلومات ، وفي أشكال الحوار عبر الإنترنت ، وفي برامج الحاسوب التفاعلية متعددة الوسائط .

وهناك تقنيات أخرى -مثل العلاج بالتنفير- تعاني من مشكلات مشابهة . فعلى سبيل المثال ، استطاع أحد مدمني الكحول التغلب على مشكلته في الشرب بمساعدة عقار الأنتايبوز (Antabuse) وببيئة مضبوطة في المستشفى . لقد كان المريض يعلم جيداً أنه إذا دخل الدواء إلى جسمه فسببصبح مريضاً جداً إذا شرب الكحول . إلا أنه ما لبث أن واجه عدداً من المواقف المثيرة للضغط النفسي بعد خروجه من المستشفى . لقد تعلم الارتباط ما بين الشرب والمرض ، لكنه لسوء الحظ تعلم أيضاً أنه إذا توقف عن أخذ الدواء وانتظر لفترة معينة ، فسيشرب دون أية عقوبة ، وهو ما حدث بالفعل .

لقد قادت مثل هذه الخبرات العديدين إلى وصف المعالجات السلوكية بأنها أساليب سطحية وضحلة ومبسطة وداعمة فحسب ، وبأن أثارها لا تستمر طويلاً . ويرى هؤلاء النقاد أن فوائد هذه التقنيات تقتصر على المؤسسات ؛ حيث تكون الإدارة السلوكية مهمة ، ولا يتم تعميمها على مواقف غير خاضعة للإشراف بحيث يكون الضبط الذاتي والاستقلال في أعلى درجاته . بالفعل ، فقد ذهب بعضهم إلى حد القول إن استخدام الخوافز الخارجية للإبقاء على سلوكيات معينة مرغوبة ، يعمل في الواقع على التقليل من الاهتمام "الحقيقي" للمرء بالنشاط فيد السؤال . أي أن المعالجين في سعيهم الدؤوب على حث الأشخاص للقيام بسلوكيات معينة ، يدمرون أية دافعية داخلية ربما قاموا بتطويرها لهذا النشاط . وهذا بدوره يؤكد على أن السلوك سيختفي بمجرد إيقاف المحفزات الخارجية . على أية حال ، فالمعالجون السلوكيون المحنكون يعون هذه المشكلة ، وغالباً ما يقومون بـ "ملاشاة" معززات معينة ، أو التقليل التدريجي من تكرارها ، أثناء تهيئة العميل للمواقف التي لا يكون فيها التعزيز الفوري (أو أي تعزيز حتى) أمراً متاحاً .

الافتقار إلى نظرية موحدة Lack of a Unifying Theory

تتمثل المشكلة الأخيرة في العلاج السلوكي بالفوضى النظرية المحتملة . فهو في الوقت الحالي عبارة عن خليط من التقنيات ؛ بعضها مُستمد من التقليد الإجرائي ، والأخرى من الإشراف الكلاسيكي ، ومجموعة ثالثة ذات طبيعة معرفية إلى حد كبير . ومن دون إطار نظري شامل وموحد ، فقد يجد الأخصائي الإكلينيكي نفسه غارقاً في مستنقع من التقنيات المتنوعة ، تدعي كل منها أنها شكل من أشكال العلاج السلوكي . إن ما نحتاجه هو موقف نظري منهجي ؛ يجمع هذه التقنيات ويصنفها ، ويساعد الأخصائيين الإكلينيكين على اتخاذ قرار حول أي منها ينبغي استخدامها أكثر من غيرها ، وتحت أية ظروف . ومثل هذا الإطار النظري سيكون ذا فعالية غير محدودة ، مقارنة بمجموعة من القواعد البسيطة المتناثرة ، والمبنية على التجارب فحسب .

المستقبل The Future

لقد قام ولسون (Wilson, 1997) بمراجعة تاريخ العلاج السلوكي ، وتسلط الضوء على بعض التحديات المستقبلية التي ستواجهه . وأشار ولسون إلى الحاجة إلى نشر العلاج السلوكي وتبنيه على نطاق واسع . مضيفاً أنه في ضوء الدعم التجريبي القوي الذي يتمتع به هذا العلاج ، فمن المستغرب أن لا تكون تقنياته هذه أكثر انتشاراً مما هي عليه الآن . كما أنه من المثير للاهتمام أن يكون العلاج السلوكي أقل تأثيراً وفعالية بصورة واضحة خارج نطاق علم النفس الإكلينيكي (مثل الطب النفسي والخدمة الاجتماعية) . وربما نحتاج إلى أساليب أفضل في تدريب أخصائيي الصحة النفسية (داخل

نطاق علم النفس الإكلينيكي وخارجه) على تقنيات العلاج السلوكي ، إضافةً إلى معالجات أكثر فعاليةً لمُدَى أوسع من المشكلات الإكلينيكية . وأخيراً ، يعبر ولسون (1997) عن قلقه إزاء بقاء العلاج السلوكي مرتبطاً بقوة بكل ما يحرزه علم النفس من تقدم :

ولإنجاز هذا الوعد الأصيل بالربط ما بين الممارسة الإكلينيكية وتقدم البحث العلمي ، يجب على العلاج السلوكي أن يستجيب للتطورات المنبثقة عن علم النفس التجريبي والأحياء . فالاكتشافات المذهلة في علم الجينات وعلم الأعصاب ، أدت بالفعل إلى ثورة في العلوم البيولوجية ، ومن المرجح أن يستمر هذا التقدم في الكشف عن أسرار الدماغ . إن الفهم الأفضل لآليات عمل الدماغ ، ودورها في تطور الاضطرابات النفسية واستمرارها ، وفي تعديل تلك الاضطرابات بالأساليب الصيدلانية والسلوكية ، سوف يحسن من نظريتنا حول التغير السلوكي (ص . 454) .

ملخص الفصل Chapter Summary

العلاج السلوكي مبني على الافتراض القائل إن المشكلات الإكلينيكية ينبغي تحديدها باستخدام أساليب التقييم والعلاج المدعومة تجريبياً ، وبمبادئ علم النفس التجريبي . وبالرغم من أن الإجراءات المستنبطة من الإشراف الكلاسيكي والإجرائي قد هيمنت على هذا التوجه بشكل مبدئي ، إلا أن العلاج السلوكي اتسع ليشمل تلك الإجراءات المستمدة من نظريات التعلم المبنية على التعلم بالملاحظة والعمليات المعرفية .

وتشمل المعالجات السلوكية التقليدية تقليل الحساسية التدريجي ، والعلاج بالتعرض ، والتدريب السلوكي ، وإدارة الشروط التبادلية ، والعلاج بالتنفير . وقد أثبتت هذه الأساليب فعاليتها ، وهناك عدة معالجات يمكن اختيارها لعلاج مشكلات إكلينيكية بعينها (مثل تقليل الحساسية التدريجي للمخاوف المرضية ، العلاج بالتعرض مع كف السلوك لاضطراب الوسواس القهري) . وتركز المعالجات المعرفية-السلوكية على دور التفكير والتوقعات والمعتقدات ، في التسبب بالمشكلات الإكلينيكية واستمراريتها . وتشمل التقنيات المعرفية-السلوكية : النمذجة ، وإعادة البناء العقلاني ، والتدريب على التحصين ضد الضغط النفسي ، والعلاج المعرفي ، والعلاج السلوكي الجدلي . وتطغى التقنيات المعرفية-السلوكية والسلوكية التقليدية على أحدث قوائم المعالجات المدعومة تجريبياً .

لقد كان للعلاج السلوكي تأثيره الإيجابي على الميدان ؛ وذلك نتيجةً لاتساع مدى معالجاته الفعالة والمؤثرة . وقد كان رائداً في المعالجات التي تستخدم الدليل العلاجي ، وفي تسهيل البحث والتدريب والممارسة . ومن عدة نواح ، فهو يُعدّ الخيار العلاجي المثالي للعلماء-الممارسين والعلماء الإكلينيكين . على أية حال ، هناك عدد من المآخذ والتحديات التي تواجه هذا العلاج مستقبلاً . فأحياناً لم تكن الصلة بين تقنيات العلاج السلوكي والأدلة التجريبية العلمية بتلك المتانة المزعومة . إضافةً إلى ذلك ، ما يزال هنالك الكثير من الخرافات التي تهيم على الميدان ، بما فيها الاعتقاد بأن العلاج السلوكي يقلل من قيمة الإنسان ويبالغ في التحكم به والسيطرة عليه . وبالنسبة للمستقبل ، هنالك حاجةٌ إلى نشر تقنيات العلاج السلوكي على أوسع نطاق ، وإلى تدريب أفضل داخل نطاق علم النفس الإكلينيكي وخارجه ، وإلى مزيد من الالتفات إلى إنجازات العلوم النفسية ودمجها .

المصطلحات:

- **هرم القلق (anxiety hierarchy) :** في تقليل الحساسية التدريجي ؛ هو قائمة من المواقف التي تثير ردود فعل القلق ، مرتبةً من أدناها شدةً إلى أعلاها . وعادةً ما يتم ترتيب الفقرات وفقاً لبعدها المكاني أو المزاجي من المثير الخفيف .
- **التدريب على توكيد الذات (assertiveness training) :** استخدام التدريب السلوكي وتقنيات أخرى لتدريب الشخص على التعبير عن احتياجاته بفعالية ودون التعدي على حقوق الآخرين .
- **العلاج بالتنفير (aversion therapy) :** نمطٌ خلافي من المعالجات ، يتم فيه إتباع السلوك غير المرغوب بعاقبةٍ غير سارة مباشرةً ، مما يقلل من قوة السلوك مع مرور الزمن .
- **التدريب السلوكي (behavioral rehearsal) :** تقنيةٌ عامة لتوسيع مخزون المريض من سلوكيات التدبر . ويشمل التدريب السلوكي توضيح أهمية حيازة سلوكيات جديدة ، واختيار المواقف المستهدفة ، وإجراء التدريب وتقديم التغذية الراجعة ، ومساعدة المريض على تطبيق المهارات الجديدة في مواقف الحياة الفعلية .
- **العلاج السلوكي (behavior therapy) :** إطارٌ نظري لمعالجة الاضطرابات ، وهو مبني على مبادئ الإشراف أو التعلم . والمنهج السلوكي علميٌ في طبيعته ، وهو يقلل من دور المتغيرات الاستدلالية (أي غير القابلة للملاحظة) في السلوك .

■ **العلاج المعرفي- السلوكي (cognitive- behavioral therapy) :** إطار نظري علاجي يركز على دور التفكير في التسبب بالمشكلات واستمرارها . وتحاول التقنيات المعرفية- السلوكية أن تعدّل من أنماط التفكير المرتبطة بمشكلات المريض ، وقد تقوم أيضاً بتوظيف مبادئ الإشراف ولتعلم لتعديل السلوكات التي تعدّ مشكلة .

■ **العلاج المعرفي (cognitive therapy) :** نوع من أنواع العلاج جاء به أرون بيك ، يركز على الارتباط بين أنماط التفكير والانفعالات والسلوك ، ويستخدم كلاً من التقنيات المعرفية والسلوكية لتعديل أنماط التفكير الالتيكيفية التي تميز اضطراباً معيناً . والعلاج المعرفي نشط ومحدد البناء وذو زمن محدود ، وقد تمّ تكييفه لعلاج اضطرابات عديدة .

■ **التعاقد التبادلي (contingency contracting) :** تقنية من تقنيات إدارة الشروط التبادلية ، حيث يقوم المعالج والمريض بعقد اتفاق بينهما ، تُحدّد فيه السلوكات المرغوب بها وغير المرغوب بها ، إضافةً إلى عواقب القيام بهذه السلوكات أو الفشل في القيام بها .

■ **إدارة الشروط التبادلية (contingency management) :** أي من مجموعة تقنيات الإشراف الإجرائي التي تحاول ضبط السلوك من خلال التحكم بنتائجه .

■ **الإشراف المضادّ (counterconditioning) :** مبدأ إحلال الاسترخاء محل استجابة قلقية .

■ **التحسس المُستتر (covert sensitization) :** نوع من العلاج بالتنفير ، حيث يتم توجيه المريض ليتخيل نفسه يشارك في سلوك غير مرغوب به ، ومن ثم يُطلب منه تخيل أحداث منفرة إلى حد كبير ، تحدث بمجرد وضوح السلوك غير المرغوب في ذهنهم .

■ **العلاج السلوكي الجدلي (dialectical behavioral therapy) :** من أنواع العلاج المعرفي- السلوكي ، قامت مارشا لابنهان بتطويره لعلاج اضطراب الشخصية الحدودية والحالات المشابهة ، والذي يتم فيه تعليم المريض مهارات في الانتباه ، والتنظيم الانفعالي ، وتحمل الضيق ، والفعالية البين- شخصية .

■ **العلاج بالتعرض مع منع الاستجابة (exposure plus response prevention) :** تقنية سلوكية تُستخدم عادةً في علاج اضطراب الوسواس القهري . وفي هذه التقنية ، يتم تعريض المريض إلى الموقف الذي يثير وساوسه (مثل الإمساك بمقبض الباب) ، ويُمنع من الانخراط في السلوك القهري المرتبط بالوسواس (مثل الغسل المتكرر لليدين) . وفي النهاية ، سوف يعتاد المريض على وساوسه ، ويختفي السلوك القهري لديه .

■ **العلاج بالتعرض (exposure therapy) :** تقنية سلوكية لتخفيف القلق ، يقوم فيها المريض بتعرض نفسه (حقيقةً أو خيالياً) إلى مشيرات أو مواقف يخاف منها أو يتجنبها . ولكي يكون

هذا العلاج فعالاً ، يجب على التعريض أن يثير القلق ، وأن يكون لمدة كافية ، وأن يتكرر حتى يتم إقصاء القلق .

■ الإطفاء (extinction) : إزالة الاستجابة غير المرغوب بها (سلوكية أو انفعالية) .

■ الاعتياد (habituation) : إزالة الاستجابة من خلال العرض المتكرر و/أو المطول للمثيرات التي تستدعي القلق .

■ الإشارات الباطنية (interoceptive cues) : المثيرات النفسية الداخلية (مثل الدوار أو الغثيان) .

■ النمذجة (modeling) : وتُعرف أيضاً بالتعلم بالملاحظة ؛ تعلّم مهارات جديدة أو مجموعة من السلوكيات من خلال مشاهدة شخص آخر يقوم بهذه المهارات/السلوكيات .

■ التصحيح الزائد (overcorrection) : نوع من العلاج بالتنفير ، حيث يُجبر المريض على "التصحيح الزائد" لعواقب سلوكه غير المرغوب به .

■ مبدأ بيرمباك (Premack principle) : والذي يعرف أيضاً بـ "قاعدة الجدة" ، وهي تقنية لإدارة الشروط التبادلية ، حيث يتم من خلالها تعزيز السلوك بالسماح للفرد بالانخراط في نشاط أكثر منعة بمجرد القيام بالسلوك المستهدف .

■ العلاج المنطقي-الانفعالي (rational-emotive therapy) : علاج أُتى به ألبرت إليس ، ويتم فيه إجبار المرضى على مواجهة أفكارهم غير المنطقية وتصحيحها . وفي نظام إليس ، فإن معتقدات الشخص حول الأحداث ، لا الأحداث نفسها ، هي التي تحدد النتائج الانفعالية أو السلوكية التي تعدّ مشكلة .

■ إعادة البناء العقلاني (rational restructuring) : مجموعة مختارة من التقنيات التي تعلّم الفرد اختبار افتراضاتهم حول المواقف أو العالم بشكل عام ، وتغيير أفكاره بحيث تكون أكثر واقعية أو عقلانية .

■ الكف المتبادل (reciprocal inhibition) : المبدأ الكامن وراء تقليل الحساسية التدريجي ، والذي يقضي بأن المرء لا يمكنه أن يكون مسترخياً وقلقاً في الوقت نفسه . بالتالي ، يتم تعليم المريض ذوي المخاوف المرضية كيفية الاسترخاء في مواجهة تلك المثيرات المخيفة المتنوعة .

■ الاسترخاء (relaxation) : حالة مخفضة من القلق والضغط النفسي والإثارة النفسية . ويمكن تحقيق الاسترخاء من خلال شد مجموعات عضلية مختلفة ، ثم إرخائها ، أو عن طريق تدريبات التنفس ، أو تدريبات التخيل ، أو التنويم .

- **كلفة الاستجابة (response cost):** نوعٌ من العلاج بالتنفير ، حيث يتم إبعاد التعزيز الإيجابي إثر القيام بسلوك غير مرغوب .
- **التشكيل (shaping):** تقنية من تقنيات إدارة الشروط التبادلية ، حيث يتم تطوير سلوك ما عن طريق تعزيز أي سلوك قريب منه ابتداءً ، ثم عن طريق تعزيز السلوكات الأكثر تمثيلاً للسلوك المطلوب بصورة انتقائية .
- **التدريب على التحصين ضد الضغط النفسي (stress- inoculation training):** تقنيةٌ تم تطويرها على يد دونالد ماخنبوم ، وتحاول الوقاية من المشكلات عن طريق "تحصين" المريض كي يتعامل مع الضواغط النفسية الحالية والمستقبلية . ويشمل هذا التدريب تثقيف المريض حول أنماط معينة مثيرة للضغط ، وتعليمه طريقة التعرف على الضواغط المحتملة وتدبرها ، والتدريب على مهارات التدبر هذه في مواقف العلاج ، وتثبيتها من خلال تطبيقها على مجموعة من المواقف الحياتية الفعلية المثيرة للضغط النفسي .
- **الاقتراب المتتابع (successive approximation):** مصطلحٌ آخر للتشكيل .
- **إحلال الأعراض (symptom substitution):** الفكرة القائلة إنه إذا تمت إزالة عرضٍ ما دون معرفة الأسباب المرضية الكامنة وراء الاضطراب ، فسيظهر عرضٌ آخر ليحل محله .
- **تقليل الحساسية التدريجي (systematic desensitization):** تقنيةٌ سلوكية لتقليل القلق ، حيث يمارس المريض الاسترخاء بينما يتخيل مواقف مثيرة للقلق تتزايد في شدتها . وبهذه الطريقة ، "نقل حساسية" المريض تجاه المثيرات التي يخاف منها .
- **الوقت المستقطع (time- out):** تقنية من تقنيات الإدارة الموقفية ؛ حيث يتم إبعاد الشخص مؤقتاً عن الموقف الذي يتعزز فيه السلوك غير المرغوب .
- **نظام جمع الفيشات (token economy):** نظامٌ يتم فيه تشجيع السلوك المرغوب من خلال الضبط الدقيق للمعززات . ويحتاج مثل هذا النظام إلى تحديد المعززات الفورية لكل سلوك ، إضافةً إلى المعززات التعويضية التي يمكن للمريض استبدالها بمعززاته الفورية .

الفصل الخامس عشر

العلاج الجمعي والأسري والزوجي

*Group Therapy, Family Therapy,
and Couples Therapy*

- 1- ما هي الافتراضات الأساسية للعلاج الجمعي ، وما هي خصائصه ، وعناصر الشفاء المفترضة التي تميزه؟
- 2- قارن ما بين العلاج الجمعي المحدود زمنياً وغيره من أشكال العلاج الجمعي .
- 3- ما هي الأهداف والخصائص الرئيسية للعلاج الأسري؟
- 4- ما هي الخصائص الأساسية للعلاج الزوجي؟
- 5- بشكل عام ، ما مدى فعالية كل من العلاج الأسري والعلاج الزوجي؟

محتويات الفصل:

- العلاج الجمعي .
- العلاج الأسري والعلاج الزوجي .
- ملخص الفصل

يمكن القول إن معظم المشكلات التي تدفع المرضى إلى طلب العلاج النفسي هي مشكلات اكتُسبت في إطار اجتماعي ما ، واستمرت فيه . كما أنه من المرجح جداً أن تكون مشكلات الفرد الانفعالية والسلوكية قد تأثرت إلى حد ما بتاريخ من الاختلالات البين-شخصية في الماضي . فالصراع الزوجي -من تعريفه- هو صراع بين شخصين ، وكذلك الأمر بالنسبة لمشكلات موظف المبيعات الذي يفتقر إلى توكيد الذات ، فهي مشكلات تظهر أثناء تعامله مع الزبائن . وبالتالي ، بما أن معايير الشقاء الإنساني محبوكة بقوة في نسيج العلاقات الاجتماعية ، أفلا ينبغي علينا أن نأخذ باعتبارنا أشكال العلاج التي يمكن أن تتم في إطار جمعي أو ثنائي؟

إضافة إلى ذلك ، يؤكد مؤيدو المعالجات الجمعية والأسرية أن هذه المعالجات تعدّ اقتصادية . إذ يرون ببساطة أن المعالجات الفردية لا تبدو استجابة منطقية في ضوء الاحتياجات المتزايدة للمجتمع ، في مجالات الصحة النفسية . إذ دفعت الأبعاد الاقتصادية للصحة النفسية ، بالعديد من المشتركين بالتأمينات الطبية إلى المطالبة بمعالجات نفسية أكثر فعالية وأقل كلفة . ومهما كانت الأسباب ، فهناك عدد من أشكال العلاج التي تتم فيها معالجة أكثر من شخص في آنٍ معاً ، وتشمل : العلاج الجمعي ، العلاج الأسري ، والعلاج الزوجي ؛ وقد أصبحت هذه الأساليب شائعة بشكل متزايد . وفي هذا الفصل ، سنناقش كلاً من العلاج الجمعي والعلاج الأسري والعلاج الزوجي بشيء من التفصيل .

العلاج الجمعي Group Therapy

المنظور التاريخي A Historical Perspective

على مدى سنين طويلة ، كان العلاج الجمعي أسلوباً علاجياً مُفضلاً من قبل حفنة من المعالجين المتمرسين والمتفانين والمتحمسين له . كما استخدمه آخرون بشكل أساسي ، لا لسبب سوى أن عدد الحالات لديهم كبير ، بحيث كان هذا العلاج الجمعي هو الوسيلة الوحيدة للتعامل مع مثل هذا العبء الزائد ؛ بينما استخدمه معالجون آخرون كأسلوب تكميلي . فعلى سبيل المثال ، قد يعمل المعالج أثناء العلاج الفردي على مساعدة المريض في التوصل إلى استبصار بحاجته النفسية المرضية للاتقاص من قيمة النساء . ثم ، وأثناء جلسة العلاج الجمعي ، قد يقوم أفراد آخرون بتعزيز تفسيرات المعالج من خلال ردود فعلهم تجاه هذا المريض . على أية حال ، وبدلاً من النظر إليه كخيار ثانٍ أو أسلوب تكميلي للعلاج ، فقد حقق العلاج الجمعي الآن قدراً أكبر من الوضوح والتقدير ، بما جعله موضع اهتمام ملحوظ .

وتعود أولى حالات استخدام الأساليب الجماعية إلى أعمال جوزيف هـ . پرات (Joseph H. Pratt) مع مرضى السل الرئوي عام 1905 . وقد استخدم پرات هذا المنحى الإلهامي في محاضراته ونقاشاته الجماعية للمساعدة على رفع الروح المعنوية للمرضى المكتئبين ، وتعزيز تفاعلهم مع برامجهم العلاجية . ومن الرموز الرئيسية لحركة العلاج الجماعي ، ج . ل . مورينو (J. L. Moreno) الذي بدأ بتطوير عدد من الأساليب الجماعية في قُبينا في بدايات القرن العشرين ، والذي قام عام 1925 بإدخال السيكوندرا ما إلى الولايات المتحدة الأمريكية . كما قام أيضاً باستخدام مصطلح العلاج الجماعي . وقد كان المحلل النفسي تريچانت بورو (Trigant Burrow) قد استخدم مصطلحاً مقارباً في وصف إجراءاته ، وهو التحليل الجماعي (group analysis) (Rosenbaum, 1965) . وفي ثلاثينيات القرن الماضي ، قام سلافسون (Slavson) بتشجيع المرضى المراهقين للعمل على حل مشكلاتهم باللعب الموجه ، وقد كانت إجراءاته مبنية على مفاهيم التحليل النفسي . وقد عُرف هؤلاء الأعلام وغيرهم بصفاتهم رواد الحركة الجماعية في العلاج (American Group Psychotherapy Association, 1971; Lubin, 1976) .

وكما هو الحال بالنسبة لعلم النفس الإكلينيكي بشكل عام ، أدت الحرب العالمية الثانية ، بما خلفته من آثار ، إلى ظهور الأساليب الجماعية في قلب المسرح . وكما لاحظنا سابقاً ، فقد أدت الأعداد الكبيرة من الجنود القدامى إلى تزايد حاد في الطلب على الإرشاد والعلاج النفسي . وقد تسبب النقص في المؤسسات الموجودة والإمكانات المحدودة للمستشفيات باللجوء إلى استخدام الأساليب الجماعية لتدبر هذه الاحتياجات الفورية . وما إن وجدت هذه الأساليب موطئ قدم لها على أرضية برامج صلبة ، حتى غدت قريبة من تحقيق المكانة والتقدير اللائقين بها . ونتيجة لذلك ، أصبح لكل مدرسة أو منحى في العلاج الفردي صيغة أو صورة جماعية مُناظرة . فهناك معالجات جماعية مبنية على مبادئ التحليل النفسي ، وأخرى على مبادئ العلاج الجشطلتي ، وثالثة على مبادئ العلاج السلوكي ، وغيرها العديد من أنواع العلاج الجماعي .

مناحي العلاج الجماعي Approaches to Group Therapy

لقد انبثقت المناحي المختلفة للعلاج الجماعي من أصول نظرية مختلفة ، وتأتي صياغات العلاج الجماعي وأوصافه في إطار لغات نظرية متعددة . على أية حال ، وكما رأينا في العلاج الفردي ، نجد أحياناً أن المعالجين النفسيين المنتمين إلى التوجهات النظرية نفسها ، عادةً ما يستخدمون أساليب علاجية مختلفة . ونتيجة لضعف الانسجام بين أفعال المعالجين وتوجهاتهم النظرية ، يصبح من الصعب تقييم أوجه الشبه والاختلاف بين المناحي المختلفة ، أو وصف الأساليب المستخدمة في

المنحى الواحد بطريقة متسقة . ومع ذلك ، فإن المناحي التالية تُعتبر نماذج دالة على حركة العلاج الجمعي بصورة عامة .

العلاج الجمعي التحليلي Psychoanalytic Group Therapy

بشكل أساسي ، تعتبر معظم أشكال العلاج الجمعي في التحليل النفسي نوعاً من التحليل النفسي الذي يُطبّق في مواقف جماعية . وبالرغم من وجود اختلافات واضحة تميزه عن العلاج الفردي (مثل أثر التحويل المتعدد ، والتحويل المعدّل بين المعالج والمريض ، وتأثير كل عضو على الآخر) ، فإن التركيز يبقى منصّباً على ظواهر بعينها ، مثل : التداعي الحر ، التحويل ، تفسير المقاومة ، ومواصلة العمل على حل المشكلة (working-through) . وبالرغم من صعوبة إنكار وجود العمليات الجماعية ، إلا أن دورها في الواقع يُعدّ ثانوياً بالنسبة للعمليات الفردية . وتصبح الجماعة وسيلةً يمكن للفرد من خلالها أن يعبر عن القوى اللاشعورية والدفاعات الكامنة ، وأن يفهم دينامياتها ، وبالتالي يحقق مستوى أعلى من التكيف .

لقد أكد وولف (Wolf, 1975) على إمكانية حدوث التحليل النفسي في الجماعات ، تماماً كما يحدث على أريكة العلاج الفردي . ويعتقد وولف بأن ديناميات الجماعة تعدّ ثانوية بالنسبة للتحليل الفردي ، وبأن دور المعالج الأساسي هنا . وعلى النقيض من العلاج الفردي ، يمكن للعلاج الجمعي أن يسمح بخبرة تحليلية أعمق ؛ لأن الفرد يميل إلى "الالتكأ" على الجماعة ، مما يزيد من قدرته على احتمال القلق . إضافةً إلى ذلك ، يقوم الأفراد بردود أفعال تجاه بعضهم بعضاً ، وتجاه المعالج ، وتجاه العلاقات السلطوية والحميمة أيضاً . ومن خلال ملاحظة طريقة تواصل الآخرين في الجماعة ، والمشاركة في موقف لا يكون فيه الفرد الواحد مستحوذاً على انتباه المعالج ، ومن خلال تلقي المساعدة من الآخرين ومنحهم إياها ؛ يمكن للفرد أن يصل إلى تحليل أكثر فعالية مما قد يكون عليه الأمر في موقف العلاج الفردي .

نموذجياً ، تتكون الجماعة من وجهة نظر وولف من 8 إلى 10 أفراد (يكون عدد الرجال والنساء فيها متساوياً) يلتقون لمدة 90 دقيقة ، ثلاث مرات أسبوعياً . وأحياناً تلتقي الجماعة مرة أو مرتين أسبوعياً دون المعالج لتسهيل العمل بعيداً عن علاقات التحويل . يقوم المرضى عادةً بالتداعي الحر حول مشاعرهم تجاه الأفراد الآخرين ، ووصف أحلامهم ، وتحليل المقاومة لديهم ومشاعر التحويل تجاه كل من المعالج والأفراد الآخرين في الجماعة . ويوضح الاقتباس التالي أسلوب العلاج الجمعي التحليلي .

توضيح حالة للعلاج الجمعي التحليلي

تتكون هذه الجماعة المحددة من ثلاثة رجال (أ، ب، ج) وثلاث نساء (س، ص، ع) والمعالج .
والمعالج هنا طبيب نفسي يتبنى التوجه النظري القائل بالتحليل النفسي . مكان الاجتماع هو عيادة
المعالج ؛ حيث يقوم بترتيب الكراسي في دائرة ، يكون فيها جالسا وراء مكتبه . إنه يعرف كل فرد من
أفراد الجماعة . وقد قام بمعالجتهم فردياً لمدة يتراوح من عدة جلسات والثنائيات من الجلسات . وتلتقي
الجماعة مرتين أسبوعياً مدة ساعة ، وهي "جماعة مغلقة" ؛ أي أنه لا يُسمح بإضافة أفراد آخرين إليها
ما دامت مستمرة . وهنا ، ستعرض مقتبسات من الجلستين الأولى والعاشرة من العلاج الجمعي . علماً
بأن أفراد الجماعة لم يكونوا يعرفون بعضهم بعضاً في الجلسة الأولى من العلاج .

الجلسة الأولى

المعالج : إن هذه هي جلستنا الأولى والتي ستكون خبرة أمل أن تفيد كلاً منكم . لا أحد منكم
يعرف الآخر ، وسأقوم بتعريفكم ببعضكم بعضاً . إلى يميني السيد أ
والآن بعد أن انتهينا من التعريف ، أود أن أوضح لكم كيف أفكر بالطريقة التي سنعمل بها
معاً ، وأن أبادي بعض التعليقات التي أتمنى أن تفيدنا في الحصول على أفضل فائدة ممكنة من
العلاج النفسي الجمعي .

لقد خضعت كل منكم للعلاج الفردي معي ، ولكننا سنبدأ هنا من جديد . لن أفضي خلال
جلسات الجماعة بأية معلومات حصلت عليها قبل اليوم . وبشكل عام ، ستبقى قواعد
العلاج على ما كانت عليه أثناء العلاج الفردي ؛ أي أن كلاً منكم سيتحدث عن أي شيء
يخطر بباله ، وسأحاول أن أخبره بما أجده في تصريحاته . ويمكنكم أن تقوموا بتحليل بعضكم
بعضاً إذا رغبتكم بذلك ، وأتوقع من كل منكم احترام أسرار الآخر . وبينما لا أستطيع
إعطاءكم أية ضمانات حول الأفراد الآخرين في المجموعة ، فإني أعرف كل شخص منكم
جيداً ، ولدي كل الثقة في نزاهة كل واحد منكم . ولكن في الوقت نفسه ، سيكون من
الأفضل أن يستخدم كل منكم حكمه حول ما سيتحدث عنه .

لا أتوقع أن نتحدث مستقبلاً بقدر ما سنتحدث في جلستنا الأولى اليوم ، ولكن دعوني
أكمل حديثي قليلاً لأخبركم بالمزيد من المعلومات . أولاً ، العلاج النفسي هو العلاج
النفسي ، بغض النظر عن الأسلوب الذي يتم من خلاله . وبشكل أساسي ، فالمسألة عبارة
عن مشكلة في فهم الذات ، وتعلم ماهية الدوافع اللاشعورية التي تدفعنا للقيام بالسلوك .
إننا نريد التوصل إلى استبصار بحيث نفهم الأمور الكامنة وراء سلوكياتنا وردود أفعالنا .
وهذا العلاج النفسي هو زيادة الرضا عن أنفسنا ، ورفع مستوى التحسن في سلوكنا
الاجتماعي . ثانياً ، قد يشك كل منكم بهذه الطريقة ، وسيفكر - كما أعلم من حديثي
مع كل منكم - بأنه قد يكون من الصعب أن تكشفوا عن أنفسكم أمام الآخرين . على أية
حال ، إذا كان كل منكم قادراً على إرجاء الحكم والمشاركة في هذا النقاش ، فقد تجدون أن
الأسلوب الجمعي سيكون قيماً وأكثر نفعاً مما تعتقدون الآن . ثالثاً ، خبرة التواجد في جماعة

بحد ذاتها قد لا تكون ذات قيمة ما لم تقوموا بالمشاركة . وبرغم ما يمكن أن يبدو عليه الأمر من تفاهة ، فإنكم لن تجنوا من هذا الموقف أكثر مما تبدلونه فيه . وأخيراً ، فلربما سنمّر بسائر أنواع الاتجاهات الإيجابية والسلبية تجاه بعضنا بعضاً . وهذه التحويلات هي جزء أساسي من العلاج النفسي ، ولا ينبغي أن تنزعجوا من معاشيتكم مثل هذه الخبرة .

أعتقد أنني قلت ما فيه الكفاية ، لكن دعوني أختتم حديثي بقولي إنني متفائل جداً حول احتمالات ما سنقوم به ، وإن آمالي كبيرة بأننا سنستفيد جميعاً . لذا ، دعونا نبدأ الآن .

الجلسة العاشرة .

المعالج : حسناً ، أعتقد أننا جميعاً هنا ، وعلينا أن نبدأ . أتساءل عما كانت عليه الأمور مع الأنسة ع ؟ لقد بدا أنها كانت في منتصف مشكلة ما عندما توقفنا في الجلسة السابقة .

أ : كنت أتساءل حول ذلك أيضاً . وفتيت أن نستطيع تجاوزها .

ع : حسناً ، لقد فكرت كثيراً فيما ناقشناه ، وإني مبرورة لأعلمكم بشعوري أنني حققت تقدماً . لقد أدركت أنني كنت أتشاجر مع أمي بسبب استيائي منها ، وأتني لم أكن أحبها بالقدر الذي كنت أتوقعه . وبالنسبة لي ، فقد كنت شديدة الاعتماد عليها فعلاً ، وسيكون من الصحي أكثر أن أتعاقل معها بواقعية أكبر . على أية حال ، لم يكن لوضع جيداً بالنسبة لها أيضاً .

ص : إذن ، هل تعتقدين بأنك لا تحبين أمك حقاً ؟

ع : لن أقول ذلك . فما أعتقد بأنه حقيقي هو اعتمادي الزائد عليها ، وأن استيائي منها في الحقيقة استياء من نفسي لأنه . . . لا أحد يحبني (تبدأ بالبكاء) .

س : أشعر أن ع مخطئة . فالأشخاص يمكن أن يحبوا ، ولكن لكي يحبك الآخرون يجب أن تحبهم .

أ : حتى في هذه الجماعة ، يبدو أن ع معزلة عن الآخرين ، ولا تمنحهم فرصة التقرب منها .

ع : إن الأمر يبدو كما لو أنني قمت مع أمي بتشكيل تحالف ضد العالم بأسره . لقد تركتها والذي ، وبالتالي فهي تعتمد علي ، ولقد خوفتني من العالم ، وبالتالي فقد كنا كلتينا وحيدتين معاً ، ولم تكن لدى أية علاقة مع أي شخص آخر . إنه وضع سيئ جداً .

المعالج : دعونا نحاول فهم ذلك . أعتقد أنك لمست شيئاً ذا قيمة كبيرة . لقد قمت أنت وأمك بتشكيل تحالف ضد العالم . أعتقد أنك مستاءة من استحوائها التام عليك . لكنك الآن واعية بأنك تحملين أمراً آخر عدا الحب تجاه أمك . على أية حال ، لقد بدأت الآن تفهمين كيف أصبحت تعتمدين علي والدتك ، وكيف راحت هي تعتمد عليك أيضاً . أخيراً ، قانت قادرة على رؤية كيفية استعبادها لك عاطفياً . ولكن لا شك أن مثل هذه الخبرة العاطفية صعبة ، ولا بد أنك تشعرين بالوحدة⁽¹⁾ .

هذا العلاج شكل من أشكال لعب الدور ، وقد قام بتطويره مورينو (Moreno, 1946, 1959) . حيث يقوم المرضى هنا بتمثيل أدوار كما لو كانوا في مسرحية . وينتج عن هذا التمثيل ارتياح انفعالي (تفريغ انفعالي) ، الأمر الذي يزيد من الاستبصار وفهم الذات . وقد يُطلب من المريض أن يقوم بدور نفسه ، أو بدور شخص أو أشخاص آخرين . وأحياناً ، قد يُطلب منه استبدال الدور في منتصف الدراما التي يقوم بتمثيلها . وقد تشمل الدراما حدثاً من ماضي المريض ، أو حدثاً متوقعاً ينظر إليه المريض بانزعاج وضيق .

وبشكل عام ، تشتمل السيكودراما على المريض ، ومنصة يتم أداء الدراما عليها ، ومخرج أو معالج ، و"أنوات إضافية" (auxiliary egos) (مرضى آخرون ، مساعدون علاجيون . . . إلخ) ، وجمهور . حيث يقوم المعالج بتحديد دور للمريض ، ويتم إعطاء الأدوار للأنوات الإضافية . ويمكن للجمهور أن يوفر التقبل والتفهم للمريض ، بل والمشاركة المعاصرة الراهنة .

ويعتقد مورينو أن تمثيل موقف ما ، وتقييم ردود فعل الجمهور على استجابات الأنوات المساعدة ، والإحساس بردود فعل الجمهور ، كله كفيل بأن يقود إلى نوع أكثر عمقاً من التفريغ الانفعالي وتفهم الذات . كما يعتقد بأن هذا أكثر فعالية بكثير من مجرد "التحدث" إلى معالج . وبالنسبة للمرضى الذين يعانون من الكف الشديد أو يفتقرون إلى المهارات الاجتماعية بشكل خاص ، يمكن للسيكودراما أن تؤدي إلى مستويات أفضل من التعبير عن الذات ، وتطوير مهارات اجتماعية أفضل . وتشير دراسة حديثة بأسلوب التحليل البعدي ، إلى أن السيكودراما معالجة فعالة ، بالرغم من أن هذه النتيجة مبنية على عدد قليل نسبياً من الدراسات (Kipper & Ritchie, 2003) .

التحليل التفاعلي (TA) Transactional Analysis

يُعتبر إيريك بيرن (Eric Berne, 1961) مبتكر التحليل التفاعلي ، والقوة الدينامية وراءه . والتحليل التفاعلي منهج في العلاج النفسي التفاعلي ، ترتبط مفاهيمه وأساليبه ارتباطاً وثيقاً بالموقف العلاجي . وعادة ما يركز هذا التحليل على ثلاث "حالات رئيسية من الأنا" لدى كل شخص : حالة الأنا الطفل ، حالة الأنا الوالدي ، وحالة الأنا الراشد . وتشتمل كل حالة على خصائص إيجابية وسلبية ، على حد سواء . فالطفل الإيجابي عفوي وغير مكبوح ومبدع ، أما السلبي فهو خائف وانفعالي بشكل زائد ، أو تملؤه مشاعر الذنب . بالنسبة الوجه الإيجابي لحالة الوالد يمكن وصفه بالدعم والمحبة أو التفهم ، أما الوجه السلبي فيتمثل بالعقاب وسرعة الإدانة . أما حالة الأنا الراشد ، فهي أقل توجهاً نحو المشاعر والانفعالات ، وأكثر تعاملًا مع المنطق أو البيانات . ولكن يمكن للراشد أن يكون منطقيًا (إيجابيًا) أو تعسفياً وغير تلقائي (سلبيًا) .

وبناءً على الطريقة التي يتم من خلالها تنشئة الفرد ، تتحدد مختلف نواحي هذه الخصائص الإيجابية والسلبية . فالطفل الذي عانى من الرقابة الشديدة أو السيطرة الوالدية ، يطور حالة من الأنا المكبوحة أو المثقلة بالذنب . ونتيجةً لذلك ، إذا كان شخصاً ما في جماعة التحليل التعاملية يتحدث عن الجنس بتباهٍ وتسلط ، ثم طلب من شخص آخر عانى من الكبح الجنسي أن يستجيب له ، فقد يستجيب بتوتر كبير ، أو لا يستجيب حتى . عندها قد يشير المعالج إلى كيفية قيام كل شخص بلعب أدوار سلبية (إما الطفل أو الراشد أو الوالد) . حيث يلعب أحد الأشخاص يلعب الدور الوالدي السلبي المتمثل بالغرور والتسلط ، ولربما يستجيب الآخر بطريقة طفولية من خلال الكبح والتوتر . إن التحليل المتكرر للتفاعلات ما بين أفراد الجماعة ، يكشف عن حالات الأنا التي يستخدمونها عادةً . وهذه التحليلات تقود المرضى نحو طرق أكثر عقلانية ومواءمة من التفكير الأقرب إلى حالة الأنا الراشد (الإيجابي) .

والوحدات التي يتم تحليلها هي التعاملات : المثيرات والاستجابات النشطة ما بين حالات الأنا لدى شخصين أو أكثر في لحظةٍ ما . ويتضمن التحليل التعاملية تحديد أي حالات الأنا هي الفاعلة في تعامل ما بين الأشخاص .

ومن النواحي الأخرى للتحليل التعاملية ، نجد تركيز بيرن على الألعاب (games) (Berne, 1964) . والألعاب هي سلوكيات يستخدمها الأشخاص عادةً لتجنب التقرب الشديد من الآخرين . ومثل هذه الألعاب تكون عادةً تعاملات لها دوافعها الخفية . وفي العلاج الجمعي بالتحليل التعاملية ، يتم تكريس الكثير من الجهد في اكتشاف وتحليل طريقة أداء الأفراد للألعاب بين بعضهم بعضاً . ويميل بيرن للاعتقاد بأن الحميمية الكاذبة أو الزائفة تميز جماعات التحليل التعاملية ، أكثر من الحميمية الأصلية أو الفعلية . فالألعاب التي يلعبها أفراد هذه الجماعات تميل إلى إخفاء مشاعرهم ومعتقداتهم الحقيقية . ويرى بيرن أن إحدى مهام المعالج شبيهة بمهمة المعلم ، الذي يحاول - من خلال الأسئلة والتفسير ، بل والمواجهة - أن يصل بالمرضى إلى نقطة يمكنهم عندها الاختيار ما بين الألعاب والسلوكيات أكثر إرضاءً .

ويميل التحليل التعاملية إلى سرعة الحركة ، والتوجه نحو الفعل . فهو منحى يركز على الحاضر ، وعلى إحساس بالتصدي للمشكلات الآنية ، مما يجعله جذاباً للعديد من المرضى والمعالجين . والتحليل التعاملية محاطٌ بهالة من المسؤولية ، ومن تعلم كيفية الانتقاء من بين الخيارات ، مما يمكن أن يكون بديلاً مرغوباً لأشكال أكثر تقليدية من العلاج الجمعي ، التي غالباً ما تتسم بالبطء الشديد . كما أن هنالك بساطة في مفاهيم هذه التقنية ، مما يبدو أنه يجعلها أقرب إلى الفهم ، وربما أكثر قبولاً لدى كلا المريض والأخصائي .

إلا أن هذه البساطة الشديدة بما يصاحبها من حماس زائد وتزمت لدى بعض أخصائيي التحليل التعاملى - أدت إلى اكتساب هذا الأسلوب لشهرة كبيرة ، قد تشكل خطراً . إذ يجادل النقاد بأن المشكلات الإنسانية أحداث معقدة لا يمكن ترجمتها بسهولة إلى ألعاب ، وبالتالي فإن أي فائدة من مثل هذه الإجراءات قد تكون قصيرة العمر . وفي الحقيقة ، هناك القليل من أدبيات البحث التي يمكن أن تهدئ من هذه المخاوف ؛ وذلك لأن المعالجين بالتحليل التعاملى نادراً ما يقومون بإجراء الأبحاث .

الجماعات الجشططية Gestalt Groups

من الصعب تصنيف العلاج الجمعي الجشططي . وكما هو الحال في العلاج الجمعي التحليلي ، فهو موجه نحو الخبرات الفردية للمريض . وفي الوقت نفسه ، فإن تركيزه على حلقات النقاش المفتوحة وخلوات نهاية الأسبوع ، وورشات العمل القصيرة ، والصيت الذائع ، كلها أمور تعطيه نكهة تتميز بها حركة التلاقي (encounter movement) (e.g., Rogers, 1970) . ولربما تكون هذه الخصائص قد انبثقت جزئياً عن الشخصية القوية والمتوهجة أحياناً لفريتز بيرلز (Fritz Perls) (رائد الحركة الجشططية) ، إضافة إلى الشهرة الواسعة التي حظيت بها مؤسسة إسالين (Esalen Institute) في بيج سير (Big Sur) في كاليفورنيا .

وكما رأينا في الفصل الثالث عشر ، يركز العلاج الجشططني على حث المريض نحو الوعي بـ "الآن" ، ونحو تقدير الإنسان لوجوده المباشر في هذا العالم . وفي العلاج الجمعي ، يتم تحقيق ذلك من خلال التركيز على كلية فرد واحد في الجماعة في كل مرة . فيقوم المعالج بالتركيز على المريض ، بينما يقوم بقية أفراد الجماعة بالملاحظة . ويُسمى هذا بمنحى "الكرسي الساخن" . ويُطلب من المرضى الوعي والإحساس التلقائي بمشاعرهم وسلوكهم ؛ أي أن ينسوا عقلهم ويكتشفوا حواسهم . فيما لا يكون الأفراد الآخرون مجرد متفرجين سلبيين ، فقد يُطلب إليهم أن يعبروا عما يعتقدونه حول الشخص الذي يجلس في الكرسي الساخن . ويكون هنالك أحياناً شيء من لعب الدور ، ووصف الأحلام ، والمحاورات بين المرضى (Perls, 1973) . ولكن بغض النظر عما إذا كان الفرد ملاحظاً أو كان في الكرسي الساخن ، فهو يشارك بفاعلية في الإجراءات . وكما هو الحال في أساليب التحليل التعاملى ، فإن شيوع الإجراءات ، ونقص الأبحاث المتعلقة بالنتائج ، والجوانب الانفعالية التي يشتمل عليها العلاج ، كلها تؤدي إلى صعوبة تقييم فعالية العلاج الجمعي الجشططي ، وتحديد ما إذا كان بالإمكان تعميم آثاره خارج تلك المواقف المحددة ، أم لا .

لقد تطور العلاج الجمعي السلوكي نتيجة اعتبارات تتعلق بالفعالية ، أكثر من أي اعتبار آخر ذي صلة بالقيمة الكامنة في ديناميات التفاعل الجمعي (Lazarus, 1975; Rose, 1991). ففي الموقف الجمعي ، يكون من المجدي تماماً إجراء جلسات تستخدم أسلوب تقليل الحساسية ، أو نمذجة المهارات البين-شخصية ، أو استخدام إعادة البناء المعرفي (Rose, 1991). فعلى سبيل المثال ، من الممكن تعليم المرضى في موقف جمعي كيفية الاسترخاء ، ومن الممكن كذلك وضع أهرام من المخاوف الشائعة ، وتطبيقها بشكل متزامن على عدد من المرضى . وعندما تكون مثل هذه الإجراءات ملائمة ، فسيكون استخدامها فعالاً بالتأكيد .

وعادةً ما تكون جماعات العلاج السلوكي والمعرفي-السلوكي محددة زمنياً (12 جلسة مثلاً) ، وتتألف من مرضى يعانون من مشكلات متشابهة . وكما هو الحال في معظم المعالجات السلوكية ، يخضع هؤلاء المرضى لعدد من أدوات التقييم قبل المعالجة وأثناءها وبعدها ، وذلك لمراقبة تقدمهم . لقد قدم روز (Rose, 1991) عدداً من الأمثلة على كيفية إدخال التعزيز والنمذجة وحل المشكلات والتدخلات العلاجية المعرفية ، في جماعات العلاج السلوكي . وكانت الأبحاث قد دعمت تأثير التدخلات العلاجية السلوكية والمعرفية-السلوكية في معالجة كل من الاكتئاب ، والصعوبات المتعلقة بالمهارات الاجتماعية ، والألم ، ورهاب الأماكن الفسيحة/المفتوحة ، وغيرها من الحالات (Rose, 1991) .

وعلى سبيل المثال ، فالمنحى الجمعي عادةً ما يُعتبر المعالجة المفضلة للتدريب على توكيد الذات . إذ أن الجماعات تزود الأفراد الذين يفتقرون إلى توكيد الذات ببيئة ممتازة لمواجهة مشكلاتهم ، ولتقليل خوفهم من التوكيد ، ولتعلم أساليب مناسبة في التعبير عن الذات . وتشتمل مثل هذه الجماعات عادةً على التدريب المباشر ، حيث يقوم المعالج بوصف أهداف الجماعة والمشكلات التي يمكن أن تتأني للأفراد نتيجة لعدم التوكيد . وعادةً ما تتميز جماعات التدريب على التوكيد ، بخصائص مثل حل المشكلات بشكل تعاوني ، والصراحة ، والتقبل بين أفراد الجماعة . ويتم تزويد أفراد الجماعة بفرص لانتقاد الطريقة التي يعبرون بها عن أنفسهم ، والتعليق عليها . ثم يتم توضيح مهارات جديدة للتوكيد ، وإعطاء مهام كواجبات منزلية ، تتبعها المناقشة الجماعية لمدى نجاحها .

ومن الأمثلة الأخرى أيضاً استخدام العلاج الجمعي المعرفي-السلوكي في مواجهة الرهاب الاجتماعي . ويعرض هايمبيرج وبيكر (Heimberg & Becker, 2002) وصفاً تفصيلياً لهذا النوع من العلاج . وباختصار ، يتم تعريف أفراد الجماعة بالنموذج المعرفي-السلوكي لعلاج الرهاب

الاجتماعي ، وما يشمله من مكونات معرفية وسلوكية وفسولوجية . وبعد تقديم أساسيات العلاج المعرفي-السلوكي ، تأخذ جلسات الجماعة بالتركيز على تمارين تتعلق بالتعرض للمواقف الحية أو لمواقف مشابهة للمواقف التي يُخشى منها ، وعلى إعادة البناء المعرفي ، وتطوير المهارات التي تشمل تحديد وتعديل تلك الأسس المعرفية التي تعمل على إفراز أعراض الرهاب الاجتماعي واستمرارها . وقد أثبت هذا المنحى فعاليته في علاج الرهاب الاجتماعي (Burlingame & Strauss, 2004) . وبسبب طبيعة الرهاب الاجتماعي ، فإن علاجاً كهذا يُعتبر من المعالجات المُفضلة .

العلاج الجماعي المحدد زمنياً Time-Limited Group Therapy

والمثال الأخير الذي سنناقشه فيما يتعلق بالمنحى الجماعي هو العلاج الجماعي المحدد زمنياً (Budman & Guman, 1988) . وهذا النموذج المعاصر قابل للتطبيق بشكل واسع ، نظراً لفعاليته ، ومن المتوقع أن يقود التدخلات العلاجية الأخرى في عصر إدارة الرعاية الصحية . وتلتقي الجماعات عادةً في هذا النوع من العلاج بشكل أسبوعي ، ولعدد محدد مسبقاً من الجلسات (ثمانى جلسات مثلاً لإحدى الجماعات التي يعاني أفرادها من أزمات حياتية) . وكما يصفها بدمان وجيرمان (Budman & Guman, 1988) ، فإن الجماعات المحددة زمنياً تتميز بأربع خصائص أساسية :

1. الإعداد والاختيار المسبق للجماعة . حيث يتم اللجوء إلى ورشة عمل تستغرق ساعة واحدة لتقييم الأفراد المحتملين انضمامهم للجماعة ، واختيارهم . ويعمل هذا الاختيار - ما إن تبدأ الجماعة الفعلية - على زيادة احتمالات "تحقيق الهدف" ، ويسهل حصول أفراد الجماعة على المهارات اللازمة للمساهمة فيها ، وبالتالي الاستفادة منها .
2. تكوين محور للعمل (working focus) والبقاء عليه في الجماعة . ويُعرف محور العمل على أنه موضوع رئيس أو مشكلة أو قضية يتشاطرها جميع أفراد الجماعة (كالمشكلات التي تحدث في العلاقات الحميمة) . ويقوم المعالج بتقديم المحور في الجلسة الأولى للجماعة ، كقوله مثلاً :

وكما ذكرت لكم سابقاً ، تتألف هذه الجماعة من أفراد في بداية الرشد ، وسيكون موضوعها الرئيس هو الحميمية ومشكلاتها ؛ حيث عانى جميع أفراد هذه الجماعة من هذه المسائل بطريقة أو بأخرى ، في الآونة الأخيرة . وتبين الخبرة أن الجماعة المحددة زمنياً كجماعتنا هذه ، يمكن أن تكون وسيلة أساسية لمساعدة الأشخاص الذين يعانون من مثل هذه الصعوبات . بالطبع ، فإنتم جميعاً تُشغلُكم أمورٌ أخرى عدا تلك المتعلقة بالحميمية . وستحدث

عن هذه الأمور كلما كان ذلك ممكناً . ولكن لضيق الوقت ، وضمن حدود الزمن المتاح ، سنحتاج إلى أن يبقى تركيزنا منصباً في معظمه على المسائل المتعلقة بالحميمية (Budman & Gurman, 1988, p.269) .

3 . انسجام الجماعة . إن المنظرين والباحثين على قناعة بأن تماسك الجماعة وانسجامها (درجة انخراط أفرادها في العملية ، وثقتهم ببعضهم بعضاً ، وتعاونهم وتركيزهم وتعبيرهم عن التعاطف) يعدّ محدداً مهماً للنتائج .

4 . ردود الفعل تجاه محدودية الزمن . ولأن هذه الجماعات محددة زمنياً ، فقد يخبر الأفراد فيها مشاعر ترتبط بالمرحلة الحياتية الراهنة ، وبالخسارات السابقة ، وبالإحباطات الناجم عن عدم إنجاز المزيد ضمن الجماعة .

وقد قام بدمان وجيرمان (Budman & Gurman, 1988) أيضاً بتحليل المراحل المختلفة للجماعة (بدء الجماعة ، بدء تطورها ، الإنهاء ، والمتابعة) ، لأن كل مرحلة من هذه المراحل لها تحدياتها التي تفرضها على المعالج . فعلى سبيل المثال ، عادةً ما تتسم مرحلة الإنهاء بالتعبير عن الحزن ، وقد يقوم بعض الأفراد بالضغط على المعالج لتمديد عدد الجلسات . وفي هذه المرحلة ، نكون وظيفة المعالج مراجعة التغييرات الإيجابية لدى الجماعة ككل ، ولدى كل فرد (بناءً على محور العمل) ، وحث أفراد الجماعة على التعبير عن أفكارهم ومشاعرهم حول كيف سيكون الأمر دون الجماعة . ويوصي بدمان وجيرمان (1988) بجلسة متابعة (بعد 6 أشهر إلى 12 شهراً من إنهاء العلاج) للإبقاء على التغيير الإيجابي الذي تمّ ، وللتعرف على التغييرات التي قام بها أفراد الجماعة وحدّهم في تلك الفترة .

ويبين التوضيح 1-15 تطبيق هذا المنحى على مرضى يعانون من اضطرابات في الشخصية .

ترتيبات العلاج الجمعي The Arrangements

ونتيجةً للتباين الكبير في المناحي الجمعية التي يستخدمها الأخصائيون الإكلينيكيون ، فقد يكون إعطاء وصف عام لترتيبات العلاج الجمعي مضللاً إلى حد ما . وبغض النظر عن اختلاف الأساليب ، فهناك أوجه شبه عامة على أية حال . فعلى سبيل المثال ، تتكون الجماعة في معظم الأحيان من 5 إلى 10 مرضى ، يلتقون مع المعالج مرةً أسبوعياً على الأقل ، في جلسة تتراوح من ساعة ونصف الساعة إلى ساعتين . وعادةً ما يجلس المرضى في حلقة بحيث يمكنهم رؤية بعضهم بعضاً ، وربما يجلسون أحياناً حول طاولة مستديرة .

العلاج النفسي الجماعي الفعال زمنياً مع مرضى يعانون من اضطرابات في الشخصية

لقد قام بدمان وزملاؤه (Budman et al., 1996) بمناقشة كيف سيكون العلاج النفسي الجماعي فعالاً ومفيداً لجماعة من المرضى الذين عادةً ما يُنظر إلى حالتهم على أنها صعبة العلاج إلى حد كبير؛ أي أولئك الذين تم تشخيصهم باضطرابات الشخصية التي تقع على المحور الثاني (Axis II) ومع مثل هؤلاء المرضى، فإن للعلاج الجماعي ميزات خاصة:

- يمكن ملاحظة السلوك الاجتماعي والبن-شخصي للمرضى (مثل العدائية وانتقاد الآخرين).
- يمكن للمرضى تقديم التغذية الراجعة الفورية فيما يتعلق بالمظاهر التكيفية واللاتكيفية للسلوك البن-شخصي لأحد المرضى (مثل: "عندما قلت إنني لا أعرف ما الذي أتحدث عنه، شعرتُ بأنك أذيتني وغضبتُ منك").
- لدى المرضى فرصة لتعديل سلوكهم البن-شخصي في الموقف الجماعي.
- ضغط الرفاق قد يشجع الفرد المنتمي للجماعة على التقليل من السلوكات المشككة (مثل الهجاء اللفظي للآخرين)، ولزيادة الاستجابات الأكثر تكيفاً (كأن يتم إخبار فرد في الجماعة بأنه شعر بالأذى عقب تعليق معين).
- تعمل الجماعة بشكل أساسي "كعالم اجتماعي مصغر للعالم الحقيقي" (Budman et al., 1996, p. 331).

وهناك عدد من الخصائص الأخرى التي تستحق الذكر. فالعلاج الفعال زمنياً لدى بدمان وزملاؤه (1996) يتميز بأنه: (أ) ذو تركيز بين-شخصي، (ب) يتطلب من المعالج/القائد أن يسهل العمليات الجماعية بصورة فعالة (مثل حفز الجماعة على البدء، ووضع حدود للتصرفات الهدامة للجماعة)، (ج) محدد زمنياً للتشجيع على التغيير، (د) يشجع العميل على تحمل المسؤولية، ويدفعه إلى وضع الأهداف، ومراقبة التقدم نحو تحقيقها، (هـ) يستخدم الواجبات المنزلية لتشجيع التغيير، و(و) يفيد من ملخصات الجلسات للربط بين تقدم أفراد الجماعة معاً، والمواضيع المتكررة، والتقدم الفردي.

ويتم تقييم ملاءمة الفرد للانضمام إلى الجماعة بناءً على المسح المكثف (عن طريق جلسة فردية مع قائد الجماعة)، وورشة العمل السابقة لتشكيل الجماعة، حيث يتم الالتقاء بجميع الأفراد المتوقع انضمامهم إلى الجماعة للتعريف بأنفسهم، والقيام بمهام جماعية صغيرة (مثل لعب الدور للسلوكات البن-شخصية المشككة، ومن ثم السلوكات البديلة)، وإقامة تمرين يضم الجماعة بأكملها (كالتخطيط لحفلة). وبهذه الطريقة، يمكن لقائد الجماعة تقييم مدى ملاءمة كل فرد يحتمل أن ينضم إلى الجماعة: هل يستجيب هذا الشخص جيداً لعمليات وضع الحدود؟ هل نستفيد هذه المرأة من التغذية الراجعة بصورة ملائمة؟ هل يستطيع هذا الفرد أن يتخاطب مع بقية أفراد الجماعة؟

ويقول بدمان وزملاؤه (1996) إن مثل هذه المعالجة يحتمل أن تؤدي إلى ضبط أكثر فعالية، وإلى تطوير مهارات تدبر أفضل، وتحسين السلوك البن-شخصي لدى المرضى الذين يعانون من اضطرابات الشخصية.

ويمكن أن يختلف تركيب الجماعة تبعاً لقناعات المعالج ، ولا اعتبارات عملية أخرى . إذ يكون لدى بعض المعالجين شعور قوي بأن الجماعات متغايرة الخواص هي الأفضل : تلك التي تحتوي رجالاً ونساءً بمشكلات وخلفيات واتجاهات مختلفة . بينما يشعر معالجون آخرون بأن الجماعات متجانسة الخواص هي الأفضل : أي الجماعات التي تتألف مثلاً من المدمنين على الكحول حصرياً ، أو من المرضى ذوي المخاوف المرضية . فهم يعتقدون أن الانسجام يؤدي إلى فعالية أكبر ، وفهم أسرع ، وتقبل متبادل بين أفراد الجماعة (e.g., Budman & Gurman, 1988). وفي مؤسسات العلاج التي تضم أعداداً كبيرة من المرضى ، يكون تشكيل جماعات متجانسة أمراً سهلاً . أما في إطار العمل في العيادات الخاصة ، فقد لا يجد المعالج بديلاً عن اللجوء إلى الجماعات متغايرة الخواص . وفي كل الأحوال ، يتفق معظم المعالجين على وجوب استبعاد أنواع معينة من المرضى . وتشمل هذه الأنواع أولئك الذين يعانون من قصور معرفي شديد ، أو ذهان شديد ، أو الأشخاص الذين قد يعيقون العملية الجماعية (كأولئك الذين يحتكرون المناقشة داخل الجماعة ، أو يحملون اتجاهات مضادة إلى حد كبير) .

في بعض الأحيان ، قد يرى المعالج جميع أفراد الجماعة بشكل متزامن على أساس فردي . وفي أحيان أخرى لا يراهم إلا في لقاءات العلاج الجماعي . ويميل بعض المعالجين أحياناً إلى استخدام معالج مشارك (عادةً ما يكون معالجاً من الجنس الآخر يُضيف بُعداً آخر لمثل هذه العملية ، كالتحويل) . بينما تلتقي بعض الجماعات من حين إلى آخر دون معالج . ومهما كان نوع الجماعة ، فإن لقائاتها دوره الحاسم . وفي بعض الجماعات ، تُمنع نشاطات التأخي اللامنهجية أو التقارب خارج نطاق العلاج ، بينما قد يشعر معالجون آخرون أن مثل هذه المحاذير ليست واقعية . وتتيح الجماعة المفتوحة إدخال أفراد آخرين بمجرد خروج أي فرد منها ؛ أما الجماعة المغلقة فلا تسمح بإدخال أي فرد جديد بمجرد بدء عملها . ويمكن للمسائل المتعلقة بالسرية داخل الجماعة أن تكون مهمة . وأثناء شرح ترتيبات الجماعة و"قواعدها" للأفراد ، وضرورة الحفاظ على سرية الجلسات ، قد يشعر المعالج بضرورة الإشارة إلى عدم وجود ضمانات قاطعة في هذه المسألة (انظر تقرير الحالة الذي تم عرضه سابقاً في هذا الفصل) .

عوامل الشفاء The Curative Factors

من الواضح أن طرق العلاج الجماعي متنوعة . ولكن مهما كان الأسلوب المستخدم فيها ، فمما لا شك فيه أنها تلتقي جميعاً عند قواسم مشتركة ، تجعل من العلاج الجماعي أسلوباً فعالاً . وقد استطاع يالوم (Yalom, 1975) تحديد مجموعة من عوامل الشفاء التي يبدو أنها تعكس جوهر ما تقدمه هذه الطرق :

- 1 . نقل المعلومات : يمكن لأفراد الجماعة أن يتلقوا النصح والإرشاد ، لا من المعالج فقط ، وإنما من الأفراد الآخرين في الجماعة أيضاً .
- 2 . غرس الأمل : إن ملاحظة أشخاص آخرين واجهوا مشكلاتهم بنجاح تُساعد على غرس الأمل ، والذي هو عنصرٌ ضروري لأية خبرة علاجية ناجحة .
- 3 . العمومية : من خلال الاستماع إلى الآخرين في الجماعة ، يكتشف المرء أن لديه المشكلات والمخاوف والهموم نفسها . وعندما يدرك أنه ليس وحيداً في هذه المشكلات ، فإن ذلك يكون مُجْزِئاً له إلى حد كبير .
- 4 . الإثارة : في البداية ، عادةً ما يشعر الفرد في الجماعة بعدم الفائدة وضعف المعنويات . وما إن يتضح له أنه يمكنه مساعدة آخرين في الجماعة ، حتى يغدو أكثر شعوراً بالكفاءة والقيمة الذاتية .
- 5 . التعلّم البين-شخصي : يمكن للتفاعل مع الآخرين في الجماعة أن يعلم المرء شيئاً حول العلاقات البين-شخصية ، والمهارات الاجتماعية ، والحساسية للآخرين ، وحل النزاعات ، ... إلخ .
- 6 . سلوك المحاكاة : إن مشاهدة الآخرين والاستماع إليهم يمكن أن يؤدي إلى نمذجة سلوكيات أكثر إفادة . فيتعلم أفراد الجماعة من بعضهم بعضاً .
- 7 . الاسترجاع التصحيحي للخبرات العائلية الأولى : يمكن لإطار الجماعة أن يساعد العملاء على فهم المشكلات المتعلقة بأفراد الأسرة ، وحلّها أيضاً . كما يمكن تسوية الآثار المترتبة على الخبرات الماضية للأسرة من خلال تعلّم أن استمرار اللجوء إلى أساليب التدبير اللاتكيفية لن يُفيد في الموقف الجمعي الحالي .
- 8 . التفريغ الانفعالي : تتيح الجماعة تعلّم كيفية التعبير عن الانفعالات تجاه الآخرين في الجماعة بطريقة صادقة ومنفتحة ، مما يؤدي إلى بناء القدرة على الثقة والفهم المتبادل .
- 9 . اتساق الجماعة وتماسكها : يصبح أفراد الجماعة مترابطين و متماسكين إلى حد كبير ، مما يعزز تقدير الذات لديهم من خلال تقبل الجماعة .

تشير مراجعات الأبحاث في مجال تقييم فعالية العلاج النفسي الجمعي ، وبصورة ثابتة ، إلى أن المعالجات الجمعية أكثر فعالية من عدم العلاج (e.g., Burlingame et al., 2004). وهذا صحيح بشكل خاص بالنسبة للمرضى الذين يشخصون باضطراب الهلع ، أو الرهاب الاجتماعي ، أو اضطرابات الأكل ؛ عند معالجتهم بالعلاج المعرفي-السلوكي الجمعي . على أية حال ، لا يبدو أن المعالجات الجمعية أكثر فعالية من أي شكل آخر من أشكال العلاج النفسي (Burlingame et al., 2004). والإيجابية الأساسية للعلاج الجمعي هي أنها أكثر ملاءمة واقتصادية ، خصوصاً في العلاج الجمعي المحدد زمنياً .

وبشكل عام ، يمكن القول إن الأبحاث المتعلقة بالعلاج الجمعي ، لم تتقدم كثيراً بحيث تجيب عن التساؤل المتعلق بفعاليتها العامة (Bendar & Kaul, 1994; Riva & Smith, 1997). على أية حال ، يعتقد بعضهم أن الأدلة التي تظهر الفعالية التي تميز بين فعالية نماذج معينة من العلاج الجمعي المستخدمة مع مختلف الاضطرابات النفسية ، تتزايد بشكل مستمر (Burlingame et al., 2004). وبالرغم من أن المنظرين أمثال يالوم قد افترضوا عدداً من "عوامل الشفاء" ، أو غيرها من المتغيرات التي قد تؤثر على نتائج العلاج الجمعي (مثل أسلوب قائد الجماعة ، وضرورة التدريب الذي يسبق تشكيل الجماعة) ، إلا أنه لم تُجرِ إلا دراسات قليلة نسبياً لفحص فعالية هذه العوامل بصورة تفحصية ناقدة . هذا ، وتعاني الدراسات التي أُنجزت عدداً من المشكلات المفاهيمية والمنهجية . ومن الواضح أن هنالك حاجة للمزيد من الدراسات التي تبحث في عملية العلاج النفسي الجمعي وعوامل الشفاء المفترضة ؛ وذلك من أجل فهم لماذا يعمل العلاج الجمعي ، وكيف (Bendar & Kaul, 1994; Burlingame et al., 2004; Rose, 1991).

مستقبل العلاج الجمعي The Future of Group Therapy

بالرغم من اقتصادية المعالجات الجمعية ، وبالرغم من فعاليتها ، إلا أن هنالك تقليلاً من شأن استعمالها وفائدتها . وأحد الأسباب الأساسية لذلك هو أن العملاء والمعالجين يميلون إلى اعتبار العلاج الجمعي شكلاً ثانوياً من أشكال العلاج . فقليلٌ من العملاء تتم إحالتهم إلى العلاج الجمعي مقارنةً بأشكال العلاج الأخرى ، وحتى أولئك الذين تتم إحالتهم ، قد لا ينضمون إلى الجماعة ، أو يستمرون معها . على أية حال ، هناك ما يشير إلى أن الطلب على العلاج الجمعي ربما يكون في تزايد مستمر (Burlingame et al., 2004).



لمحة موجزة (1-15)

د. سيمون هـ. بدمان

Simon H. Budman, Ph.D.

(نظم التدريب المبكرة)

الدكتور سيمون هـ. بدمان هو مؤسس شركة نظم التدريب المبكرة ورئيسها ، وهي منظمة خاصة تقدم الاستشارات والتدريب والمواد للقائمين على تقديم الخدمات الصحية ومؤسساتها . وقد تولى د. بدمان عدداً من المناصب في المؤسسات الأكاديمية والمستشفيات أيضاً ، وانخرط إلى حد كبير في تطبيق الرعاية الصحية السلوكية في عدد من المؤسسات . وهو مشهور بعمله في مجال المعالجة الفعالة رسمياً (المحددة زمنياً) ، والعلاج النفسي الجمعي ، والأبحاث المتعلقة بالعلاج النفسي . وله أكثر من 100 مؤلف من كتب وفصول في كتب ومقالات ، إضافة إلى عدد من أشرطة الفيديو المستخدمة في تدريب أخصائيي الرعاية الصحية . وقد تلقى د. بدمان أكثر من 25 منحة فيدرالية لدعم أبحاثه حول إساءة استخدام العقاقير ، واضطرابات الأكل ، والإقلاع عن التدخين ، وغيرها من المجالات المتعددة . وقد طرحنا عدة أسئلة على د. بدمان حول خلفيته واهتماماته وخبرته ، وحول تثيراته المتعلقة بعلم النفس الإكلينيكي والعلاج النفسي الجمعي .

■ ما الذي أثار اهتمامك ابتداءً بميدان علم النفس الإكلينيكي؟

لقد كنت أخطط لأن أكون طبيباً منذ أن كنت في المدرسة الابتدائية . وكان ذلك إلى حد كبير بناءً على علاقتي بطبيبين محلين في البلدة التي نشأت فيها . لقد كان ذلك أثناء خمسينيات القرن الماضي ، حين كان الأطباء ما يزالون يقومون بزيارة المنازل ولم تكن لديهم أدوات ذات تقنية عالية ، وليس في حوزتهم إلا القليل عدا البلسلير . كما لم تكن هنالك إدارة للرعاية الصحية ، ولا ضغوط مهنية على معظمهم . ومن الأدوار المهمة للتدخل العلاجي الذي كان يقوم به الطبيب آنذاك هو الحديث إلى الناس! وقد كنت أعتقد بسذاجتي أن هذا هو كل ما يلزم لكي يصبح المرء طبيباً . ومع دخولي الكلية في الستينيات كطالب في كلية الطب ، تلاشت أوهامي بسرعة لاكتشف أن المساقات تدور حول الأحياء والكيمياء أكثر مما تدور حول الأشخاص وسلوكهم . وسرعان ما تركت تخصص الطب وجئت في حوالي نصف دزينة من الخيارات الأخرى حتى أخبرني مرشد مهني جامعي عن تخصص علم النفس الإكلينيكي ، وقام بتعريفني إلى أخصائي نفسي في مركز الإرشاد . لقد كان حبي لعلم النفس من اللحظة الأولى ، لاشتماله على جميع المقومات التي كنت أحلم بها وأكثر ، والتي ظننت بأنها موجودة في الطب ، لكنها لم تكن كذلك . ولم أندم يوماً واحداً منذ ذلك الحين على هذا الخيار .

■ صف لنا ماهية الأنشطة التي تقوم بها كأخصائي إكلينيكي .

لقد بدأت عملي في معظمه بالممارسة الإكلينيكية المباشرة في العلاج الفردي والجمعي والأسري (وما زلت أقوم بها جميعاً) . على أية حال ، أخذت أنشطتي تتغير وتتحول مع السنين . فبدأت أجري الأبحاث الإكلينيكية بعد انتهائي من دراستي العليا بوقت قصير ، كما أجريت ، وما زلت أجري ، التجارب الإكلينيكية . كما أنني أقوم بإجراء التدريب المكثف ، وتقديم الاستشارات الإكلينيكية والتنظيمية . وفي الوقت الحاضر ، فأنا لآس شركة تقدم خدمات الاستشارات والتدريب ، وتقوم بتطوير مواد جديدة للعناية بالصحة . وفي هذا الجانب ، فإنني أقوم بالكثير من الأعمال الإدارية والبحث والتسويق ، وتطوير العمل والتدريب . ويذهب جزء كبير من وقتي الآن في تطوير برامج الرعاية الصحية متعددة الوسائط ، ومواقع الإنترنت المتعلقة بالصحة النفسية ، وكتابة تقارير المنح ، وجمع المال للمؤسسة ، والعمل مع فرق من الأخصائيين النفسيين والمبرمجين والأشخاص في مجال العمل ، ... الخ . ولم أكن قد تخيلت حتى منذ 10 أعوام - لشكال العمل التي سأقوم بها ، والتي ترتبط (بشكل مباشر وغير مباشر أيضاً) بتدريسي في مجال علم النفس .

■ ما هي مجالات تخصصك الدقيق أو اهتماماتك الدقيقة؟

في الوقت الحاضر ، ينصب اهتمامي على التدخلات الصحية على المستوى السكاني ، لرعاية الصحة السلوكية الوقائية ، دراسة سلوكيات الأورام ، معالجة الإدمان على العقاقير والوقاية منه ، واستخدام الحاسوب والإنترنت والتقنيات متعددة الوسائط في الرعاية الصحية . ولقد ألفت أو شاركت في تأليف برامج فيديو وألعاب متعددة لوسائط للمراهقين .

■ ما هي التوجهات المستقبلية التي تتوقعها لعلم النفس الإكلينيكي؟

أعتقد أن المستقبل يندرز بالخطر ما لم يكن علم النفس الإكلينيكي مرناً وقادراً على "إعادة إنتاج" نفسه . إذ سيقوم العاملون الاجتماعيون والمرضى وحملات المايجستير من المرشدين ، بتولي دور أكبر في العلاج داخل المؤسسات العلاجية وخارجها . وستصبح وظائف الأخصائيين الإكلينيكيين أقل بكثير مما هي عليه بالفعل ، كما وسيتخفّض دخلهم تبعاً لذلك . إنني أتناهياً بمستقبل مخيف ما لم يتعلّم الأخصائيون النفسيون مهارات فريدة ، مثل كيفية التدخل العلاجي مع جماعات من الأشخاص ، وكيفية استخدام التكنولوجيا لدعم مثل هذا التدخل . وبالرغم من أنني أعتقد بوجود حاجة دائمة للأخصائيين الإكلينيكيين لتقديم الرعاية الإكلينيكية المباشرة ، إلا أنه في الوقت الحاضر ، يوجد فيضٌ عن يمكنهم تقديم مثل هذه الخدمات . وسيختلف الأخصائيون الإكلينيكيون عما هم عليه الآن بعد 10 سنوات . وإن لم يقوموا بإعادة اكتشاف أنفسهم وتطوير أساليبهم ، سيكون مصيرهم الاندماج مع غيرهم من العاملين بالمهن الصحية السلوكية الأخرى ، ولن يتم تمييزهم عنهم .

■ ما هي بعض التوجهات المستقبلية التي تتوقعها للعلاج الجمعي؟

أعتقد أنه سيتم تقديم المزيد من الخدمات في إطار جمعي . فالعلاج الجمعي فعال من حيث الكلفة وتبدو نتائجه إيجابية مقارنةً بالعلاج الفردي .

هذا ، ومن المحتمل أن تعمل إدارة الرعاية الصحية السلوكية على جعل العلاج الجماعي خياراً أكثر حيوية في المستقبل (Steenbarger & Budman, 1996) . فالعلاج الجماعي جذاب بالنسبة للمعالجين ومؤسسات إدارة الرعاية الصحية ؛ لأنه يعمل على توفير وقت الفريق الطبي (وبالتالي توفير المال) في رعاية المرضى الأقل اضطراباً من غيرهم (McKenzie, 1994) ، ولأنه يقدم بديلاً للمعالجة داخل المستشفى في بعض الحالات (Steenbarger & Budman, 1996) على أية حال ، ولإفادة من هذه الفرص ، يحتاج المعالجون الجمعيون إلى تثقيف الجمهور وأخصائيي الرعاية الصحية بشكل أفضل حول هذا النوع من العلاج ، وأن يغطوا بقوة وجرأة على الحكومات ومؤسسات إدارة الرعاية الصحية السلوكية لدعمه كخدمة مقدمة ، وتعليم أنفسهم بشكل أفضل حول احتياجات إدارة الرعاية ، والرعاية الصحية التي ما تزال غير ملباة (Steenbarger & Budman, 1996) .

العلاج الأسري والعلاج الزوجي *Family Therapy and Couples Therapy*

بشكل عام ، عندما تنشأ مشكلة لدى أحد أفراد الأسرة ، فإن جميع أفرادها يتأثرون . وتلجأ الأسر بشكل متزايد إلى العلاج النفسي كوحدة واحدة في محاولتها لسبر أغوار طبيعة صعوباتها والطرق التي يمكنهم من خلالها التعامل مع المشكلة . فالعلاج الأسري والعلاج الزوجي مجالان يشهدان اهتماماً ونموً سريعاً في الآونة الأخيرة ، وذلك وفق ما يشير إليه عدد من الكتب المرجعية والمراجعات التي تظهر سنوياً في الميدان . ومن الأدلة الأخرى على هذا الاهتمام ، تلك الأجزاء الخاصة بمعالجة الأسر والأزواج ، والتي تظهر بشكل متكرر في دوريات إكلينيكية مثل مجلة علم النفس الاستشاري والإكلينيكي (Journal of Consulting and Clinical Psychology) .

فقد أدرك عددٌ من الأطباء النفسيين ، منذ سنوات عديدة ، أن علاج الأطفال عادة لا يكون سوى مُبرر لإحضار الآباء إلى العيادة ، وخضوعهم للمقابلات "العلاجية" . فعلى سبيل المثال ، لم يكن من غير المعتاد وضع جدولٍ لعلاج الطفل مرتين أسبوعياً . وأثناء ذلك الحين ، يكون الطفل منخرطاً في الرسم بالأصابع أو اللعب التعبيري أو أية أشياء أخرى يفترض أنها ذات قيمة تفرغية علاجية . على أية حال ، فالعديد من المعالجين يدركون بحديثهم أنه من غير المنطقي العمل مع الطفل ساعتين أسبوعياً ثم إعادته إلى بيئة منزلية لم تتغير ؛ تلك البيئة التي ربما ساهمت في تطوير المشكلة ابتداءً . وبالتالي ، غدا الحديث مع الوالدين أثناء بقاء الطفل في غرفة اللعب ممارسة شائعة ، وجزءاً أساسياً من عملية العلاج .

وبالفعل ، بدأ العديد من الإكلينيكيين يعتقدون أن الدور الذي تلعبه هذه المقابلات يفوق ما تقدمه خبرات غرفة اللعب في تحسين سلوك الطفل . وقد أدت مثل هذه الخبرات الإكلينيكية إلى تمهيد الطريق أمام تطوير حركة العلاج الأسري .

يُرجع فروزيني وجاكوبسون (Fruzzetti & Jacobson, 1991) أصول العلاج الأسري إلى حركة الخدمة الاجتماعية في القرن التاسع عشر. لكن العلاج الأسري لم ينل شهرته فوراً، ولم يحدث ذلك إلا في منتصف القرن العشرين، حيث أصبح العلاج الأسري أسلوباً علاجياً مشهوراً. ويعود بعض ذلك التأخير إلى الهيمنة التي فرضها التحليل النفسي لوقت طويل. ولقد مهد المنظوران السلوكي والإنساني الطريق أمام معالجات بديلة مثل العلاج الأسري لتكون خياراً حيوياً للأخصائيين الإكلينكيين. وكانت تتم صياغة مشكلات الأفراد بمصطلحات منهجية، وذلك كتعبير عن وجود نوع من الاختلال الوظيفي الأسري. وكان هذا المنظور الجديد للمشكلات الإكلينيكية أكثر وضوحاً في بعض صياغات الاضطرابات النفسية الشديدة، مثل الفصام.

وفي محاولة لفهم الفصام، قامت جماعة من الباحثين من پالو ألتو (Palo-alto) (Bateson, Jackson, Haley, Satir, and others) بالنظر إلى المشكلة من وجهة نظر تعتمد فرضية الاتصال. فلكي يتم التأثير على أحد أعضاء الأسرة، لا بد للمرء أن يتعامل مع نظام الأسرة بأكمله (Jackson & Weakland, 1996) ومن المفاهيم المرتبطة بالنظرة إلى الأسرة كوحدة كاملة، مفهوم الارتباط المزدوج (double-bind) (Bateson, Jackson, Haley, & Weakland, 1956) فعلى سبيل المثال، قد يُقال للطفل من قبل أبيه: "دافع عن حقوقك دائماً، كائناً من كان أمامك ومهما كان!"، ولكن الأب ذاته ما يلبث أن يعود ليخبر طفله هذا: "لا تشكك أبداً بسلطتي، أنا والدك، وما أقوله سيتم!". إن التناقض بين هاتين الرسالتين يؤكد على أن أي شيء يفعله الطفل فيما يتعلق بوالده سيكون خطأً. وبناءً على جماعة بيتسون، فالتناقض، وفشل الوالد في الاعتراف بوجود هذا التناقض، والافتقار إلى الدعم من قبل أفراد الأسرة الآخرين، كلها أمور يمكن أن تقدم تربة خصبة لتطور الفصام. في الواقع، هنالك القليل من الدعم التجريبي لنظرية الارتباط المزدوج في الفصام. وبالفعل، لقد فشلت الجهود حتى في البرهنة على وجود مثل هذا الاتصال كظاهرة موثوقة. ومع ذلك، تبقى هذه الفرضية غنية وخصبة بصورة واضحة؛ حيث أغنت الكثير من أعمال جماعة پالو ألتو في العلاج الأسري. وهذا يوضح نقطة مهمة، مفادها أن قيمة المفاهيم والأبحاث لا تكمن حصرياً في صحتها أو خطئها؛ بل في مدى ما تثيره من أعمال أو أفكار أو إجراءات جديدة مهمة أيضاً.

كما أكد ثيودور ليدز وفريقه من الباحثين أيضاً على دور الأسرة في التسبب بالفصام (Lidz, Cornelison, Fleck, & Terry, 1957a, 1957b) فعندما يفشل الزوجان في تلبية الاحتياجات النفسية والعاطفية لبعضهما بعضاً، يمكن أن يقوم أحدهما بتطوير اعتماد مَرَضِيٍّ على الطفل، مما يرسب الفصام لدى الطفل في النهاية. إن ملاحظة بُوين (Bowen, 1960) لمرضى الفصام الذين

يعيشون مع أزواجهم في مستشفى لفترات طويلة الأمد ، أدت به إلى الاستنتاج بأن الوحدة الأسرية برمتها كانت مريضة ، وليس المريض وحده . وقد توصل أكرمان (Ackerman, 1958, 1966) إلى الاستنتاج نفسه . ولا تكمن أهمية هذه الأعمال في تفسيرها لأسباب الفصام (الأمر الذي لم تفعله) ، إنما لأنها ، بالإضافة إلى أعمال أخرى (Satir, 1967a; Haley, 1971; Jackson, 1957; Bell, 1961) ، أعطت حافزاً وتوجهاً لحركة العلاج الأسري ؛ وهي حركة غنية في تقنياتها ونظرياتها وتاريخها .

مفهوم الاتصال The Concept of Communication

ومنذ تفرّعه عن الأعمال المتعلقة بالفصام ، ركّز العلاج الأسري على الاتصال . حيث يُنظر إلى الحالة المرضية عادةً على أنها فشل في الاتصال بين أفراد الأسرة . وهذا التركيز على الاتصال يمكن رؤيته فيما يعتبره كثيرون المفهوم الأساسي للعلاج الأسري : نظرية النظم العامة (general systems theory) . إن العلاج الأسري يتعامل مع تلك العلاقة ما بين الفرد الواحد داخل الأسرة ونظام تلك الأسرة . فيتم تصوير الأسرة على أنها نظام يسعى العلاج إلى تغييره بطريقة جوهرية . والتركيز ليس منصباً هنا على الأعراض المرضية الواضحة لدى الفرد أو على خلله الوظيفي أو صراعاته الداخلية المفترضة . فالهو (id) النشط بشكل زائد مثلاً ، لا يُعتبر سبباً للمشكلات الجنسية . وإنم يعاني الفرد من هذه المشكلات بسبب نقص المعلومات . والعلاج هو العملية التي يتم من خلالها تصحيح هذا النقص في المعلومات ، أو تغيير أسلوب التغذية الراجعة . ويحقق المعالج تغييراً إيجابياً من خلال استخدام التغذية الراجعة الإيجابية التي تقوم بتغيير طريقة عمل النظام ، لا من خلال الوعي بالصراعات الداخلية لدى الفرد . هذا ، وينظر آخرون أمثال بُوين (Bowen, 1960) إلى الاتصال على أنه جزء من نظام أوسع من العلاقات .

ويحتل أكرمان (Ackerman, 1958, 1960, 1966) موقعاً متوسطاً بين المنحى الفردي أو النفسي الداخلي للمريض ، ومنحى النظم الذي يصف نظريات الاتصال . وهو يعتقد بأن هنالك حالة من التبادل أو التفاعل بين كل من المريض والأسرة والمجتمع . ويتطلب الفهم التام للمريض تقديراً لهذا التبادل . وبالرغم من أن أكرمان يعلّق أهمية كبيرة على عملية الاتصال في نظام الأسرة ، إلا أنه أيضاً يعتبر محتوى ذلك الاتصال غايةً في الأهمية .

أشكال العلاج الأسري وأساليبه Forms and Methods

لا يوجد تعريف واضح متفق عليه لما يشكل العلاج الأسري . وفي الحقيقة ، لا يوجد اتفاق حتى على من ينبغي أن يقوم به . فالإجراءات العامة للعلاج الأسري تتم من قبل الأخصائيين النفسيين والأطباء النفسيين والأخصائيين الاجتماعيين والمرشدين وغيرهم . ويتم تدريب المعالجين

والمرشدين الأسريين في عدة برامج مختلفة ، بما فيها : علم النفس الإكلينيكي ، الإرشاد النفسي ، الطب النفسي ، الخدمة الاجتماعية ، تطور الأسرة والطفل ، والتعليم . بالطبع ، فإن كل هذا يثير ارتباكاً واضحاً ، وشيئاً من الخلاف حول حقيقة المؤهلات المهنية . ويلجأ بعض المعالجين إلى العلاج الأسري كواحد من عدة تقنيات ، بينما تقتصر ممارسة بعضهم الآخر على هذا العلاج بشكل حصري . ومع تدني الاتفاق حول من هو المؤهل للقيام بالعلاج الأسري ، فهل من غرابة في إعطاء التقنيات المستخدمة (والتي يبدو أن بينها العديد من الأوجه المشتركة فعلاً) مثل هذه التسميات المميزة؟ بالتالي ، أصبح لدينا العلاج الأسري ، العلاج الأسري السلوكي ، العلاج الأسري المشترك ، العلاج الأسري المتزامن ، العلاج الأسري التعاوني ، العلاج الأسري الشبكي ، العلاج الأسري البنيوي ، العلاج الأسري المتعدد ... إلخ . وتتراوح المناحي النظرية من المنحى المنهجي ، إلى السيكوندينامي ، إلى السلوكي ، وإلى تلك التي تعمل على دمج عدة ممارسات نظرية معاً في منحى واحد .

الأهداف The Goals

يشارك معظم المعالجين الأسريين في هدف أساسي ، وهو تحسين الاتصال ضمن نطاق الأسرة ، والتقليل من التركيز على مشكلات الفرد لصالح معالجة مشكلات الأسرة ككل . على أية حال ، وما إن نتجاوز مثل هذه العبارات العامة ، سيظهر عدم انتظام وفوضى في المقاصد والأهداف . فعلى سبيل المثال ، ما يزال العديد من المعالجين الذين يتحدثون عن نظام الأسرة ينظرون إلى العلاج الأسري كإطار من نوع ما ، لحل مشكلات الفرد فيه . لقد أصبحت مقابلة أفراد الأسرة معاً تقنية (ربما كانت أكثر فعالية) لإحداث التغيير لدى المريض كفرد . بينما يكرّس معالجون آخرون أنفسهم للفلسفة القائلة إن اعتبار الأسرة وحدة واحدة ، والعمل معها على هذا الأساس ، سيعزز تلك الوحدة . وبالرغم من أن هذا قد يفيد الأشخاص كأفراد ، فإن التركيز الحقيقي يكون على الأسرة . وكما في معظم التوجهات ، يقع معظم المعالجين النفسيين في مكان ما بين هذين البعدين المتطرفين .

بعض الخصائص العامة Some General Characteristics

هنالك خصائص محددة تميز العلاج الأسري عن العلاج الفردي المعتاد . فأفراد الأسرة على سبيل المثال ، يشتركون في الإطار المرجعي نفسه ، والتاريخ نفسه ، وتجمعهم لغة تواصل مشتركة قد تكون غريبة على المعالج . وعلى المعالج أن يتعلم شيئاً عن أدوار الأسرة ، وثقافتها الفرعية الخاصة ؛ حيث تُستخدم هذه المعلومات لتعزيز الاتصال ، أو لمواجهة أفراد الأسرة . وفي الوقت نفسه ، يجب أن يبقى المعالج محايداً ، وأن لا يتحد مع فئة في تلك الأسرة على حساب فئة أخرى . ويمكن لهذه

المهمة أن تكون صعبة وحساسة ؛ لأن أفراد الأسرة سيحاولون استخدام المعالج في نزاعات القوة فيما بينهم ، أو في دفاعاتهم ضد الاتصال المنفتح ومقاومتهم له .

وعمليات التأريخ والتقييم جزء مهم من العلاج الأسري ؛ إذ ينبغي تحديد المشكلة الحالية بدقة وفهمها . فقد يكون أحد أبناء الأسرة جانحاً ، أو قد تقيم إحدى بناتها اتصالاً جنسياً إباحياً . ومن المثير للاهتمام عادةً ، والمهم من ناحية تشخيصية ، النظر إلى التباين في وجهات النظر التي يحملها مختلف أفراد الأسرة تجاه المشكلة نفسها . وعادةً ما يتم أخذ التاريخ الأسري ، والذي يمكن أن تكون له نشعباته أيضاً . وعندما يتم وضع المشكلة الأسرية في إطار أوسع من المعلومات حول أصول الوالدين وبداية حياتهما وزواجهما ، يمكن للأطفال عادةً أن يحققوا اتصالاً وفهماً أفضل . ويمكن لصياغة المشهد الكامل لتاريخ الأسرة - أفرادها الممتدون وأهدافهم وطموحاتهم ومخاوفهم وعيوبهم - أن تقود إلى قدر أكبر من الفهم والتعاطف والاحتمال . إذ يمكن للإطار الأعم أن يعزز ظهور إطار مرجعي مشترك لم يكن ممكناً في وقت سابق . فيمكن أن يبدأ الطفل بتعلم معنى أن تقوم الأم بالتخلي عن طموحاتها الخاصة لمصلحة الأسرة ، أو معنى أن يمر الوالد بخبرة الإساءة من قبل أبيه . وفي المواقف المضبوطة في غرفة العلاج الأسري ، قد يتذكر الوالدان أيضاً (عن طريق الخبرة الحالية لطفلهما) معنى مواجهة ضغوط الرفاق .

العلاج الأسري المشترك Conjoint Family Therapy

في العلاج الأسري المشترك ، تتم مقابلة جميع أفراد الأسرة معاً من قبل المعالج . وفي أنواع مختلفة من هذا المنحى ، يلعب المعالج دوراً أقرب إلى كونه سلبياً وغير موجه . وفي أنواع أخرى منه ، يكون المعالج قوة فاعلة نشطة ، ويوجه المحادثة ، ويحدد المهام لمختلف أفراد الأسرة ، ويقدم تعليمات مباشرة فيما يتعلق بالعلاقات الإنسانية . . . إلخ .

وتعتبر ساتير (Satir, 1967a, 1967b) المعالج الأسري مصدراً يقوم بملاحظة عمليات الأسرة فعلياً ، ثم يصبح نموذجاً في الاتصال بالنسبة للأسرة ، من خلال غطٍ من الاتصال الواضح والمتماسك . بالتالي ، تنظر ساتير إلى المعالج على أنه معلم وشخص مصدري قادر على الاتصال . حيث يوضح مثل هذا المعالج لأفراد الأسرة كيف يمكنهم التواصل بصورة أفضل ، مما يؤدي إلى علاقات تتسم برضا أكبر . ويوضح الاقتباس التالي من ساتير (Satir, 1967a) عملية التفاعل بين أفراد الأسرة .

المعالج : (للزوج) ألاحظ أن جيبك مقطب يا رالف . هل يعني ذلك أنك غاضبٌ هذه اللحظة؟
الزوج : لم أعلم أن جيبني مقطب .

المعالج : أحياناً يرى الشخص أو يسمع بطريقة لا يكون واعياً بها . وبمقدار ما يمكنك قوله ، ما الذي تفكر أو تشعر به الآن؟

الزوج : كنت أعيد التفكير فيما قالت [زوجته] .

المعالج : ما هو الأمر الذي قالته ، والذي تفكر به؟

الزوج : عندما قالت إنها حين تحدث بصوت عالٍ جداً ، تمنى أن أخبرها بذلك .

المعالج : وما الذي كنت تفكر فيه حول هذا؟

الزوج : لم أفكر أبداً بإخبارها . كنت أظن أنها ستغضب .

المعالج : آها ، إذن ربما تعني تلك التقطية أنك حائر لأن زوجتك كانت تأمل أن تفعل شيئاً ، وأنت

لم تكن تعلم أنها تأمل ذلك؟ هل تفترض أن تقطيب جيبك يشير إلى حيرتك؟

الزوج : نعم ، أظن ذلك .

المعالج : على حد علمك ، هل كنت في مثل هذا الموقف سابقاً ، أي هل كنت محتاراً بشيءٍ؟ قالت

أو فعلته أليس؟

الزوج : تباً ، نعم ، مرات كثيرة .

الزوجة : لم يقل شيئاً قط .

المعالج : (يستسم لأليس) دقيقة يا أليس ، دعيني أسمع فكرة رالف حول ما يفعله . رالف ، كيف

تعتقد أنك جعلت أليس تعلم بحيرتك؟

الزوج : أعتقد أنها تعلم .

المعالج : حسناً ، لنرَ . لنفترض أنك ستسأل أليس إذا ما كانت تعلم .

الزوج : هذا سخف .

المعالج : (يستسم) أفترض أنه يبدو كذلك في هذا الموقف ، لأن أليس محقة هنا . وقد سمعت

سؤالك بالتأكيد . إنها تعرف ما هو . إلا أنني أشك أن أياً منكما أنت وأليس متأكد من

توقعات الآخر ، وأعتقد أنكما لم تطورا طرقاً لمعرفة ذلك . دعينا يا أليس نعود إلى حيث

علقت على تقطية جيب رالف . هل انتهت إليها أيضاً؟

الزوجة : (تشكي) أجل ، إنه يبدو هكذا دوماً .

المعالج : وما هي الرسالة التي وصلت إليك من هذه التقطية؟

الزوجة : إنه لا يريد أن يكون هنا . إنه لا يكثرث ، ولا يتحدث أبداً . فهو يشاهد التلفاز فقط ، أو

يكون خارج المنزل .

المعالج : لقد أثرت فضولي . هل تعلمين أنه عندما يقطب رالف جبينه فأنت تأخذين ذلك على أن رالف يقول : "أنا لا أحبك يا أليس ، أنا لا أكرهك لأمرك يا أليس" ؟

الزوجة : (حائقة ودامعة) لا أعرف .

المعالج : حسناً ، ربما لم تقوموا بإيجاد طرق شفافة واضحة في إيصال إشارات الحب والتقدير لبعضكما بعضاً . (إلى الابن) ماذا تعلم يا جيم حول كيفية إيصال رسالة تقدير إلى والديك ؟

الابن : لا أعرف ماذا تعني .

المعالج : حسناً ، كيف تدع أمك مثلاً تعلم أنك تحبها عندما تشعر بهذا الشعور . كل امرئ يشعر بأحاسيس مختلفة في أوقات مختلفة . وعندما تشعر بالامتنان لوجود أمك حولك ، كيف تعلمها بذلك ؟

الابن : أفعل ما تطلب مني فعله . أشغل ، وأشيء من هذا القبيل .

المعالج : أرى إذن أنك عندما تقوم بعملك في المنزل ، فأنت تعني بأن ذلك رسالة لأمك بامتنانك لوجودها .

الابن : ليس تماماً .

المعالج : إذن فأنت تعني أنك توحى برسالة أخرى . حسناً يا أليس ، هل تلقيت هذه الرسالة من جيم على أنها رسالة حب ؟ (إلى جيم) ما الذي تقدمه لوالدك كرسالة بأنك تميل إليه ؟

الابن : (بعد برهة صمت) لا أستطيع أن أفكر بأي شيء .

المعالج : دعني أصوغ الأمر بطريقة أخرى . ما الأمر الذي تعرف يقيناً أنك إذا فعلته سيطلع ابتسامة على وجه أبيك ؟

الابن : يمكنني أن أحصل على علامات أفضل في المدرسة .

المعالج : دعنا نتحقق من ذلك ونرى إن كنت تترك الأمور بوضوح . هل تتلقين يا أليس رسالة حب من جيم عندما يعمل في المنزل ؟

الزوجة : أظن . إنه لا يقوم بالكثير .

المعالج : إذن ، من وجهة نظرك يا أليس ، فأنت لا تتلقين الكثير من رسائل الحب من جيم . أخبريني يا أليس ، هل لدى جيم أية وسائل أخرى قد لا يفكر بها الآن ليخبرك أنه ممتن لوجودك ؟

الزوجة : (بنعومة) أخبرني ذلك اليوم أنتي أبدو لطيفة .

المعالج : ماذا عنك يا رالف ، هل إدراك جيم صحيح بأنه إذا حصل على علامات أعلى فستبسم له ؟

الزوج : لا أتخيل أنني سأبتسم لفترة من الزمن .

المعالج : أفهم أنك لا تعتقد أنه يحصل على علامات جيدة ، ولكن هل ستبتسم إذا فعل؟

الزوج : بالتأكيد . سأكون مسروراً .

المعالج : كما تعتقد ، كيف تفترض أنك ستعبر عن هذا؟

الزوجة : لن تعرف أبداً إذا ما كان بمقدورك إسعاده .

المعالج : لقد اكتشفنا بالفعل أنك ووالف لم تطورا بعد طرقاً واضحة لإظهار مشاعر القبلة تجاه

بعضكما بعضاً . ولربما تشاهدين الآن يا أليس ذلك ما بين جيم ووالف . ما رأيك يا

والف؟ هل تفترض أنه من الصعب على جيم أن يعرف متى أسعدك؟⁽²⁾

في العلاج الأسري المشترك ، وغيره من أنواع العلاج الأسري ، هناك خمسة أشكال أساسية من الاتصال (Satir, 1975) : الاسترضاء (الموافقة دوماً ، مهما حدث من أمور) ، اللوم (طريقة المراء في إظهار إمكانية انتقاده للآخر ، بالتالي إلقاء عبثه هنا وهناك) ، المنطقية الزائدة (وتميز المدرسين بشكل خاص ، والذين قد تبدو كلماتهم "منطقية جداً" ولكنها قد لا تتصل بمشاعرهم بصلة) ، اللاعلاقية (الكلمات لا صلة لها بالموضوع بناتاً) ، والمواءمة (الكلمات المرتبطة بالواقع) . بمعنى آخر ، هذه الأنواع من الاتصال تزودنا بجوهر الاتصال والمشاعر . وهي لا تنفي دور المدركات ، لكنها تركز بالفعل على الموضوع الذي تعتقد سائير بوجود التركيز عليه .

أنواع أخرى من العلاج الأسري Other Varieties of Family Therapy

هنالك أنواع أخرى كثيرة من العلاج الأسري . والتالية عينة من الأنواع الأكثر شيوعاً :

العلاج الأسري المتزامن Concurrent Family Therapy

وفي العلاج الأسري المتزامن ، يرى المعالج الواحد جميع أفراد الأسرة ، ولكن في جلسات فردية . والأهداف العامة هنا تكون مشابهة لأهداف العلاج المشترك . وفي بعض الأحيان ، قد يقوم المعالج بإجراء العلاج النفسي التقليدي مع المريض الأساسي ، ولكنه يلنقي بأفراد آخرين في الأسرة من حين لآخر . ولربما يكون من سوء الحظ حقيقة أن هذا النوع الأخير ليس مستخدماً بشكل أكبر كجزء من العلاج التقليدي . ولأن المتفق عليه عادة هو أنه يمكن فهم مشكلات المريض كفرد

(2) Virginina Satir, Conjoint Family Therapy, 2 nd ed., 1976, pp. 97-100, Science and Behavior Books, Inc. Palo Alto, CA. USA

والتعامل معها بشكل أفضل بالتعاون مع أشخاص آخرين مهمين في حياته ، فإن استخدام مثل هذه الترتيبات ينبغي أن يسهل عملية العلاج .

العلاج الأسري التعاوني Collaborative Family Therapy

يقوم كل فرد من أفراد الأسرة في العلاج الأسري التعاوني ، بمقابلة معالج مختلف . ومن ثم يجتمع المعالجون لمناقشة أوضاع مرضاهم والأسرة ككل . وكما رأينا سابقاً ، فاستخدام هذا التوجه مع المرضى من الأطفال كان أحد العوامل التي حفزت على النمو المبكر للعلاج الأسري . وفي أحد أشكال هذا المنحى العام ، يتعين على المعالجين المتعاونين أحياناً العمل مع الأسرة ذاتها ؛ أي أن يعمل معالجان أو أكثر مع الأسرة كرحلة واحدة .

التوجهات السلوكية في العلاج الأسري

Behavioral Approaches of Family Therapy

ينظر بعض الأخصائيين الإكلينيكين (e.g., Liberman, 1970; Patterson, 1971) إلى العلاقات الأسرية في إطار الأحداث المعززة . ودور المعالج هنا هو التوصل إلى تحليل سلوكي لمشكلات الأسرة . وهذا التحليل من شأنه أن يساعد على تحديد السلوكيات التي ينبغي زيادة تكرارها أو الحد منها ، إضافةً إلى المكافآت التي يمكن أن تساهم في استمرارية السلوك غير المرغوب ، أو التي تعزز السلوك المرغوب . ويصبح العلاج الأسري السلوكي عندها عملية تغري أفراد الأسرة بمنح التعزيزات الملائمة لبعضهم بعضاً عند القيام بالسلوكيات المرغوبة . وبالفعل ، يشير بعض المعالجين (Stuart, 1969) إلى أفراد الأسرة باستخدام نظام الفيشات لهذا الغرض . فعلى سبيل المثال ، قد يحصل الزوج على 4 فيشات إن لم يشاهد مباراة يوم الأحد على التلفاز ، وأخذ زوجته في جولة إلى الريف عوضاً عن ذلك . وبالطبع ، يجب أن يكون واضحاً مسبقاً بماذا يمكن استبدال هذه الفيشات لاحقاً!

وفي ضوء التطورات الحديثة في العلاج المعرفي-السلوكي ، فمن غير المفاجئ أن تكون هذه المناحي قد أخذت طريقها إلى ميدان العلاج الأسري . وكما هو الأمر في العلاج المعرفي-السلوكي الفردي ، فالصورة الأسرية منه تتضمن تعليم أفراد الأسرة على الرقابة الذاتية للسلوكيات المشككة ولأغاط التفكير ، وعلى تطوير مهارات جديدة (الاتصال ، حل المشكلات ، المفاوضة ، إدارة الخلاف) ، وعلى مواجهة تفسير الأحداث الأسرية وإعادة صياغتها إذا ما اقتضى الأمر (Carlson, Sperry, & Lewis, 1997; N. Epstein, Schesinger, & Dryden, 1988) .

لا توجد قواعد تمكّننا من إعطاء أجوبة حاسمة وسريعة فيما يتعلق متى يكون العلاج الأسري ملائماً، ومتى لا يكون كذلك. وفي معظم الأحيان، يبدأ العلاج الأسري مع مرافق كمريض أساسي. ولربما تكون مشكلات المريض شديدة الصلة بالأسرة، بحيث يكون العلاج الأسري هو الحل المنطقي الوحيد. ولربما تكون الأسرة قد أعاققت التقدم العلاجي في الماضي، أو قاومت نصيح المعالج. وعليه، يمكن لإدماج جميع أفراد الأسرة في شبكة العلاج أن يبدد شيئاً من هذه المقاومة.

وفي حالات أخرى، تكون مشكلات المريض (أو حتى تحسنه نتيجة العلاج أحياناً!) على درجة من الارتباط والتداخل بنسيج الأسرة، أو على مستوى يهدده، بحيث يبدو من الحكمة معالجة الأسرة ككل. هذا، في بعض الأحيان، قد يؤدي الأزمات الأسرية - ك وفاة أحد أفرادها - إلى دفع الأسرة ككل إلى المرض كشخص واحد تقريباً. وفي بعض الأسر، هناك صراعات تتعلق بالقيم العامة. وعلى سبيل المثال، فإن المراهق الذي يبدأ بتعاطي المخدرات، أو يستحوذ عليه اعتقاد ديني أو دين مختلف بشكل كبير، قد يؤدي إلى إحداث خلل في الأسرة ككل، بما يبدو أنه يحط من قيمها. وفي مثل هذه الحالات، قد يكون العلاج الأسري سبيلاً منطقياً.

أخيراً، فالمشكلات الزوجية أو الجنسية ذات الدلالة قد تُحلّ بأفضل صورة عن طريق شكل من أشكال العلاج الأسري. وبالطبع، قد يكون من الصعب تحديد ما إذا كان ينبغي استخدام العلاج الفردي أو الأسري أو الزوجي كطريقة لحل مثل هذه المشكلات. إلا أن العلاج الأسري أو الإرشاد الزوجي يبدو مناسباً عندما لا يبدو أن المشكلة ناجمة عن صراعات انفعالية متأصلة، بل نتيجة أمور يمكن التعامل معها بأسلوب تعليمي، بما فيها الاتجاهات المضلّة، أو قلة المعرفة بالجنس، أو ضعف الاتصال.

على أية حال، فالعلاج الأسري ليس شافياً لجميع المشكلات، وقد لا يكون العلاج الملائم دوماً. فأحياناً تكون الأسرة مضطربة إلى حد كبير، بحيث يكون مثل هذا التدخل العلاجي فاشلاً بشكل واضح. كما يمكن أيضاً أن يرفض أحد أفراد الأسرة (أو أكثر) أن يتعاون في عملية العلاج. وفي بعض الأحيان، سرعان ما يتضح أن أحد أفراد الأسرة مضطرب إلى حد كبير، أو غير متعاون، أو مثيراً للشغب بحيث يتسبب وجوده بإفساد عملية العلاج الأسري برمتها.

وبما أن العلاج الأسري يتضمن عدة أفراد، فعلى المرء أن يأخذ باعتباره عنصريّ الكلفة والفائدة. وبالرغم من أن العلاج قد يفيد مريضاً يعينه في الجماعة، إلا أن عواقبه قد تكون وخيمة بالنسبة لبعض الأفراد الآخرين. وكما هو الحال لدى المرضى المنفردين، فبعض الأسر قد لا تكون

لديها القوة أو المصادر النفسية الكافية لتدبر المسائل المهددة التي قد تظهر أثناء جلسات العلاج الأسري . وعموماً ، فإن اتخاذ قرار باستخدام العلاج الأسري يكون أمراً صعباً في العادة ، ويحتاج إلى تقييم دقيق وإلى قدر كبير من الحساسية الإكلينيكية .

العلاج الزوجي Couples Therapy

رغم استخدامنا لمصطلح العلاج الزوجي ، إلا أن هذا المنحى ليس قصراً على الأفراد المتزوجين ، ويمكن تطبيقه على الشركاء الحميمين من غير المتزوجين أو من نفس الجنس أو غيرهم [الأمر الذي ينطبق على بعض الثقافات الغربية] . وهناك أسباب عديدة تأتي بهؤلاء طلباً للاستشارة من الأخصائي الإكلينيكي . ومن ناحية منطقية ، يمكن النظر إلى العلاج الزوجي كشكل من أشكال العلاج الأسري . فحين يُقابل المعالج الزوج والزوجة معاً مثلاً ، وينصب تركيزه على العلاقة الزوجية بدلاً من مشكلات الأفراد ، يكون عندها أمام نوع من العلاج الأسري .

وبالرغم من أن حركة العلاج الزوجي - كما هو شأن العلاج الأسري - تدين بالكثير لأصحاب النظريات التي تنادي بالعلاقات بين-شخصية أمثال سوليقيان وهورني وفروم ، إلا أن تطور العلاج الزوجي ك تخصص فرعي ، يمكن عزوه إلى اعتبارات براجماتية (Fruzzetti & Jacobson, 1991) . وبشكل أساسي ، لقد أصبح عدد كبير من المختصين (بمن فيهم الأطباء والمحامين) يشاركون في حل النزاعات الزوجية ضمن سياق القيام بواجباتهم المهنية المعتادة . وقد لاحظ فروزيتي وجاكوبسون (Fruzzetti & Jacobson, 1991) نمواً كبيراً في العلاج الزوجي منذ ستينيات القرن العشرين . واليوم ، فإن أكثر أشكال العلاج الزوجي شهرة هي العلاج الزواجي السلوكي ، العلاج الزوجي المعرفي ، العلاج الزوجي المركز انفعالياً ، العلاج الجنسي ، والعلاج الزوجي الموجه نحو الاستبصار (السيكودينامي) . ولكي نعطي القارئ صورة عامة حول تقنيات العلاج الزوجي واستخداماته ، سنصف باختصار كلاً من العلاج الزواجي السلوكي (Jacobson & Margolin, 1979; Stuart, 1980; Weiss, Hops, & Patterson, 1973) والعلاج الزوجي المركز انفعالياً (Johnson, Hunsley, Greenberg, & Schindler, 1999) .

العلاج الزواجي السلوكي (Behavioral Marital Therapy (BMT

تعود بدايات العلاج الزواجي السلوكي عادةً إلى أعمال ريتشارد ستيفورت (Richard Stuart, 1969) . مرةً أخرى ، بالرغم من استخدام مصطلح الزواجي ، فهذا العلاج لا يعني بالضرورة أن يكون الشريكان متزوجين [في بعض الثقافات] . وقد تضمنت معالجة ستيفورت

للاضطراب الزوجي تطبيق مبادئ التعزيز على تفاعلات الزوجين . ومن المكونات الأساسية للمعالجة التي جاء بها تقنية تسمى التعاقد التبادلي (contingency contracting) ؛ حيث يتم تدريب الأزواج على تعديل سلوكياتهم الخاصة من أجل إحداث تغيير محدد ومرغوب به في سلوك شركائهم .

وقد اتسع العلاج الزوجي السلوكي ، بمرور الزمن ، ليشمل عدداً من التقنيات الأخرى . إذ تهدف تقنيات الدعم والتفهم (support-understanding techniques) إلى زيادة السلوكات الإيجابية التي تصدر عن الشركاء ، وإلى زيادة التعاون بين الزوجين ، وزيادة المشاعر الإيجابية لدى كل طرف . فعلى سبيل المثال ، يقوم كل طرف بوضع قائمة من السلوكات التي ستؤدي إلى الشعور بالرضا إذا ما قام بها الطرف الآخر . ثم يوافق كل طرف على القيام بثلاثة من السلوكات التي تتضمنها قائمته أو قائمة شريكه قبل الجلسة التالية . أما تقنيات حل المشكلات (problem-solving techniques) ، فتشمل تدريب الأشخاص على مهارات الاتصال الإيجابي ، بحيث يصبح اتخاذ القرارات الفعالة والقيام بالمفاوضات أمراً ممكناً . فعلى سبيل المثال ، يتم إعطاء الأزواج قائمة من القواعد الأساسية لمهارات الاتصال الإيجابي ، ومن ثم "ممارسة" هذه المهارات أثناء الجلسة . ويتدخل الأخصائي الإكلينيكي إذا اعتقد بأن تدخله سيكون مفيداً (كأن يوضح مهارات الاتصال الملائمة ، ويقوم بنمذجة الطرق البديلة للاتصال بحيث تكون أكثر فعالية) . وهذه الاستراتيجيات وغيرها مشروحة بتفصيل أكبر في كتب ومراجع أخرى (e.g., Gottman, Notarius, Gonso, & Markman, 1976; Jacobson & Margolin, 1979; Stuart, 1980).

العلاج الزوجي المركز انفعالياً

Emotionally Focused Couples Therapy (EFT)

يُعدّ العلاج الزوجي المركز انفعالياً معالجةً مختصرة ، تسعى إلى تغيير أنماط التفاعل المشكل والاستجابات الانفعالية لدى الزوجين ، بحيث يمكن تأسيس رابطة انفعالية قوية وأمنة (Johnson et al., 1999) . ويفترض هذا المنحى العلاجي أن المشاعر السلبية والأنماط التفاعلية المزعجة المرافقة لها تؤدي إلى الكرب الزوجي . إضافة إلى ذلك ، يُعتقد بأن التعلق الأكثر أمناً بالشريك ضروريٌ لتثبيت العلاقة الثنائية .

وقد عرض جونسون وزملاؤه (Johnson et al., 1999) الخطوات التسع للمعالجة في العلاج الزوجي المركز انفعالياً (انظر التوضيح 15-2) . حيث تشمل الخطوات الأربع الأولى تقييم الزوجين

ومحاولات التدخل لكسر حلقة التفاعلات السلبية . أما الخطوات الثلاث التالية ، فتشمل المساعدة على إيجاد أنماط تفاعل جديدة أكثر تكيفاً تلبي احتياجات الشريكين . وفي النهاية ، فالخطوتان الأخيرتان من العلاج الزوجي المركز انفعالياً تشمّلان ترسيخ التغيرات التي تم إحداثها .

وخلال هذه الخطوات ، يصبح الشريكان أكثر قدرةً على إدراك احتياجاتهما الانفعالية والتواصلية ، وعلى تعديل تفاعلهما مع بعضهما بعضاً . وبهذه الطريقة ، يمكنهما التأكد من زيادة احتمالات تلبية هذه الاحتياجات ، والتقليل من أنماط التفاعل الهدامة إلى حدّها الأدنى .

التوضيح 2-15

الخطوات التسع للعلاج الزوجي المركز انفعالياً

التقليل من تصعيد الدائرة

الخطوة 1 : التقسيم - إيجاد التحالف ، وتوضيح القضايا الأساسية المتعلقة بصعوبات الزوجين ، وذلك من منظور تعلقّي .

الخطوة 2 : تحديد دائرة التفاعلات المشكلة التي تُبقي على التعلقّ القلق والكرب في العلاقة .

الخطوة 3 : الوصول إلى الانفعالات غير المدركة ، والتي تكمن وراء المواقف التفاعلية .

الخطوة 4 : إعادة صياغة المشكلة في إطار دائرة التفاعلات المشكلة ، والمشاعر الكامنة ، واحتياجات التعلقّ .

تغيير المواقف التفاعلية

الخطوة 5 : التشجيع على المماثلة ما بين الاحتياجات التي تم إنكارها وجوانب الذات ، ودمجها في التفاعلات ضمن العلاقات .

الخطوة 6 : التشجيع على تقبّل البنية الجديدة لخبرات الشريك في العلاقة ، واستجاباته الجديدة .

الخطوة 7 : تعزيز التعبير عن عدد من الاحتياجات والرغبات المحددة ، وخلق المشاركة الانفعالية .

التوطيد/الدمج

الخطوة 8 : تعزيز ظهور الحلول الجديدة للمسائل المشكلة السابقة .

الخطوة 8 : توطيد أنواع ودوائر جديدة من سلوك التعلقّ (ص 70) .

المصدر : مأخوذ من

(From Johnson, S. M., Hunsley, J., Greenberg, L., & Schindler, D. (1999) Emotionally Focused Couples Therapy: Status and Challenges. Clinical Psychology: Science and Practice, 6, 67-79).

Does Family Therapy and Couples Therapy Work?

كما هو الحال في أنواع العلاج النفسي الأخرى ، فمن المهم أن نقوم بتقييم الأدلة التجريبية التي تثبت فعالية الأنواع المختلفة من العلاج الأسري والعلاج الزوجي . وقبل عرض تلك البيانات والدلائل ، من المهم ملاحظة أن قياس نتائج العلاج الأسري والعلاج الزوجي عملية معقدة ؛ وذلك بسبب تعدد المنظورات التي ينبغي أخذها بالاعتبار (أفراد الأسرة المختلفون ، كلا الزوجين) . وكما هو الحال في العلاج الفردي ، يتم استخدام مقاييس التقرير الذاتي وتقديرات الآخرين (كالمعالج) وتقييمات الملاحظة بشكل مكثف عند القيام بأبحاث العلاج الأسري والعلاج الزوجي .

العلاج الأسري Family Therapy

بالرغم من شهرته في الممارسة الإكلينيكية ، فقد أُجري القليل نسبياً من الدراسات التجريبية لتقييم فعالية العلاج الأسري . وقد قامت إحدى دراسات التحليل البعدي لهذه الأبحاث (Shadish et al., 1993) بحساب 44 حجم أثر من مقالات منشورة ، ورسائل علمية غير منشورة (العوام 1963-1988) ؛ لتقييم فعالية العلاج الأسري . فكان معدل حجم الأثر لأي من أنواع العلاج الأسري يساوي 0.47 ، مما يشير إلى أن العميل العادي الذي يخضع للعلاج كان يؤدي وظائفه بشكل أفضل من 68% من أولئك الأفراد الذين لم يتلقوا أية معالجة . كما بين شاديش وزملاؤه أيضاً متوسطات أحجام الأثر بشكل مستقل لأنواع مختلفة من العلاج الأسري . وقد كانت المعالجات الانتقائية (مزيج من التوجهات) والسلوكية/التعليمية النفسية ، هي الأكثر فعالية ؛ بينما كانت المناحي الإنسانية والمنهجية أقلها فعالية . وهذه البيانات مبينة في الجدول 1-15 .

ومع أن التحليل البعدي الذي أجراه شاديش وزملاؤه يعطينا صورة عامة عن فعالية العلاج الأسري عبر نماذج وفئات مختلفة تم استهدافها بالبحث ، إلا أن دراسة تحليلية أحدث تقدم لنا بيانات حول فعالية العلاج الأسري لاضطرابات محددة ، لدى فرد معين من أفراد الأسرة . فقد بين باوكوم وزملاؤه (Baucom, Shoham, Mueser, Daiuto, & Stickle, 1998) أن المعالجة الأسرية تبدو مفيدة في علاج اضطرابين نفسيين محددين . وبشكل خاص ، فإن استخدام أسلوب التعريض مع كف الاستجابة في علاج اضطراب الوسواس القهري (انظر الفصل 14) بمساعدة الأسرة ، كان مستفوقاً على الشكل التقليدي من هذا العلاج ، والذي لا يتضمن أية مساعدة من أفراد الأسر (Mehta, 1990) . على أية حال ، فهذه النتائج تحتاج إلى إعادة التحقق منها بإعادة إجرائها . كما أظهر العلاج الأسري فعاليته أيضاً في معالجة اضطراب نفسي آخر ، هو الفصام ، فقد بين باوكوم

وزملاؤه (Baucom et al., 1998) أن الأنواع السلوكية والداعمة والنظم الأسرية من العلاج الأسري التي قُدمت لأسر المرضى الذين يعانون من الفصام على مدى 9 أشهر على الأقل ، بدت فعالة في التقليل من نسب الانتكاس للاضطراب ؛ حيث تراوحت نسب الانتكاس لدى مرضى الفصام من 50 إلى 75% ، بينما كانت نسب الانتكاس لدى أولئك المرضى الذين تلقت أسرهم علاجاً ، 35% أو أقل .

أما بالنسبة لـ "عناصر" العلاج الأسري الناجح ، فقد أشار سيكستون وألكساندر وميس (Sexton, Alexander, Mease, 2004) إلى بيانات تكشف أن إعادة تعريف المشكلة إلى "مشكلة أسرية" ، والقدرة على حل المأزق ، والتحالفات العلاجية القوية ، والتقليل من التفاعل الأسري السلبي خلال الجلسات ، وتعزيز التحسن في مظاهر الاتصال الأسري ؛ كلها كانت مرتبطة بالنتائج الإيجابية للعلاج الأسري .

العلاج الزوجي Couples Therapy

إضافة إلى البيانات المتعلقة بالعلاج الأسري ، فإن الجدول 1-15 يعرض نتائج التحليل البعدي لشاديش وزملائه (1993) بالنسبة للعلاج الزوجي . أولاً ، ينبغي ملاحظة أن الدراسات وأحجام الأثر المتاحة لتقييم العلاج الزوجي كانت قليلة بالمقارنة مع العلاج الأسري . وكما نرى في الجدول 1-15 ، فإن معدل حجم الأثر لأي نوع من أنواع العلاج الزوجي كان 0.60 ، وهو أعلى منه لدى العلاج الأسري إلى حد ما . وقد وجد شاديش وزملاؤه تبايناً كبيراً في فعالية الأنواع المختلفة من العلاج الزوجي ؛ وبدأ أن العلاج الزوجي الإنساني كان أقل فعالية بكثير من الأنواع الأخرى .

وقد قدم باوكوم وزملاؤه (Baucom et al., 1998) معلومات إضافية حول فعالية الأنواع المختلفة من العلاج الزوجي ، حيث اتفقوا جميعاً على فعالية العلاج الزواجي السلوكي (BMT) . هذا ، وقد أشارت البيانات إلى وجود احتمال كبير لأن يكون حوالي ثلث إلى ثلثي الأزواج الذين تلقوا هذا العلاج ، مشابهيين للأزواج غير المضطربين (بناءً على درجاتهم ، ومقاييس النتائج المتعلقة بأدائهم على مستوى العلاقات) في نهاية المعالجة . إضافة إلى ذلك ، يقر باوكوم وزملاؤه بأن الأدلة المتوافرة تشير إلى أن العلاج الزوجي المركز انفعالياً هو نوع فعال من أنواع العلاج ، خصوصاً مع الأزواج الذين يتراوح اضطرابهم بين الخفيف والمتوسط . وقد تفوق هذا العلاج على العلاج الزواجي السلوكي في دراسة واحدة على الأقل (Johnson & Greenberg, 1985) . وأخيراً ، فقد أشار باوكوم وزملاؤه إلى أن

أشكال العلاج الزوجي المعرفية ، والمعرفية- السلوكية ، والموجهة نحو الاستبصار ، تبدو واعدة في آثارها حتى اليوم ، وينبغي إيلاؤها مزيداً من الاهتمام والبحث مستقبلاً .

ويتفق سيكستون وزملاؤه (2004) مع هذا التقييم . إضافةً إلى ذلك ، فهم يرون أن تقليل الاتصالات السلبية/ اللوم ، وتعزيز قدرة الأزواج على توجيه عملية العلاج ، وتقوية التحالف العلاجي ؛ أمورٌ تساهم في تحقيق النتائج الإيجابية للعلاج الزوجي .

الجدول 1-15 متوسط حجم الأثر والنسبة المرافدة لأنواع مختارة من العلاج الأسري والعلاج الزوجي

| نوع العلاج | النسبة المرافدة | متوسط حجم الأثر |
|-------------------------------|-----------------|-----------------|
| أي نوع من أنواع العلاج الأسري | 0.47 | %68 |
| السلوكي/التعليمي النفسي | 0.44 | %67 |
| المنهجي | 0.25 | %60 |
| الإنساني | 0.29 | %61 |
| الانتقائي | 0.55 | %71 |
| أي نوع من أنواع العلاج الزوجي | 0.60 | %73 |
| السلوكي/التعليمي النفسي | 0.74 | %77 |
| المنهجي | 0.62 | %73 |
| الإنساني | 0.12 | %55 |
| الانتقائي | 0.63 | %74 |

ملاحظة : تشير النسبة المرافدة إلى نسبة أولئك الذين لم يتلقوا العلاج ، والذي تفوقت على نتائجهم نتائج أولئك الذين تلقوا العلاج قيد الاهتمام .

مقتبس من : (W. R. Shadish, L. Effects of Family and Marital Therapies: A Meta by M. Montgomery, P. Wilson, I. Bright, and T. Okwumbua, 1993, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61, 992-1002.

وباختصار ، فإن مراجعات الأدب التجريبي لكل من شاديش وباوكوم وسكستون وزملائهم ومراجعات غيرهم من الدارسين (e.g., Alexander, Holtzworth-Munroe, & Jameson, 1994; Hahlweg & Markman, 1998; Hazelrigg, Cooper, & Borduin, 1987) تشير إلى أن هذه المعالجات تبدو بشكل عام متواضعة من حيث الفعالية على أقل تقدير . ولقد كان واضحاً وجود بعض الاختلاف بين أنواع العلاج ، مع بقاء العلاج الإنساني بسائر صورته في كل من العلاج الأسري والعلاج الزوجي ، ذا نتائج أضعف بصورة مستقرة . إضافة إلى ذلك ، فكلتا العلاجين الأسري والزوجي قد يكون مفيداً في معالجة اضطرابات نفسية معينة لدى الأزواج منفردين ، أو لدى أفراد الأسرة (Baucom et al., 1998) .

مشكلات خاصة Special Problems

يبدو أن العلاج الأسري والعلاج الزوجي يشيران بعض المشكلات الخاصة بالنسبة للأخصائي الإكلينيكي . على سبيل المثال ، فإن التعبير عن الانفعالات القوية والمشاعر السلبية والعدائية في الموقف الجمعي يهدد وحدة الأسرة ، ويهز أسس سلطة الوالدين واحترامهما . على أية حال ، هناك تساؤل حول مدى جدية مثل هذه الاحتمالات حقيقةً . فالأسر والأزواج الذين يسعون طلباً للعلاج هم في مشكلة ، ومن غير المحتمل أن تكون المشكلات المتعلقة باحترام الوالدين أو العدائية مثلاً غير موجودة قبل بدء العلاج . وعندما تظهر مثل هذه المشكلات أثناء العلاج ، فمن الممكن حلها من قبل معالج حساس . وفي الحقيقة ، فإن حلها قد يشكل أساساً لتحسن العلاقات الأسرية . صحيح أن مناقشة مثل هذه المسائل أثناء العلاج قد تؤدي إلى بعض الجلسات العاصفة ، إضافة إلى مواجهات محتدمة في المنزل أيضاً ، إلا أن هذا قد يكون مفيداً على المدى البعيد .

كما تمت الإشارة إلى أن العلاج الفردي قد يؤدي إلى الإخلال بوضع الأسر أكثر من العلاج الأسري (R. V. Fitzgerald, 1973) . ففي العلاج الفردي ، قد يقرر المريض مثلاً أن "النمو الشخصي" الذي حققه يجعل الحياة مستحيلة مع زوج لم يحقق نمواً مماثلاً . صحيح أن العلاج الفردي قد يكشف عن قدر كبير من عدم المواءمة أو الانسجام في احتياجات أفراد الأسرة أو الأزواج ، والتي لم تكن واضحة من قبل . وفي مثل هذه الحالات ، ربما يحدث انقسام أو انفصال داخل الأسرة . هذا ، وقد تمخضت عدة نتائج عن إحدى الدراسات التي تناولت تأثير العلاج النفسي لأحد الزوجين على الآخر (Brody & Farber, 1989) . فقد اعتقد الأزواج الذين لم يخضعوا للعلاج أن شركاءهم الذين تلقوا العلاج كانوا أكثر انفتاحاً وتعاطفاً واتصالاً نتيجة العلاج . وفي الوقت نفسه ، فقد شعروا بالإقصاء والامتناع والعجز نتيجة لعلاقة شركائهم بالمعالج . كما أن معظمهم لم يقدّر كلفة علاج الشريك . وبشكل عام ، كان من الواضح أن العلاج يولد حالة من

التغيير في العلاقة . فمن المعروف أن علاج الأزواج يعجل الطلاق أحياناً (Alexander et al., 1994) . وهذا الأمر يتكرر كثيراً ، حتى أصبح يتم إدراج الطلاق كمخاطرة في عقود العلاج الزوجي ، ونماذج الموافقة المسبقة . وفي بعض الأحيان ، فإن الانفصال قد يكون النتيجة الأفضل بالفعل .

ومن القضايا الشائكة الأخرى تحديد من هو المريض الحقيقي . فعندما يوصي المعالج بمقابلة الأسرة ككل مع المريض الذي تمت إحالته بشكل فردي ابتداءً ، فإن الموقف يكون واضحاً بشكل تام . ولكن في بعض الأحيان ، قد يبدو أحد أفراد الأسرة أكثر اضطراباً حتى من المريض الأصلي . على أية حال ، بالنسبة للمعالج الملتزم بالنظر إلى العميل على أنه " الأسرة " ، قد تثير هذه المواقف مشكلات ينبغي توضيحها فيما يتعلق بالاتصال . واعتماداً على التوجه النظري للمعالج ، فإن رؤية شخص ما على أنه المريض ، وبقية الأسرة على أنها ستار خلفي ، قد تشكل مشكلة . على أية حال ، وسواء أكانت مشكلة أم لا ، يجب أن تكون بنية الموقف العلاجي مفهومة بشكل واضح .

وفي الختام ، قد نتساءل كما فعل مارچولين (Margolin, 1982) من هو العميل؟ كيف يتم التعامل مع المعلومات السرية؟ هل لكل فرد من أفراد الأسرة حق مساو برفض المعالجة؟ ما هو دور قيم المعالج إزاء القيم المتناقضة لأفراد الأسرة؟" (ص . 788) . هذه الأسئلة معقدة وجدلية . وبشكل أساسي ، فهي تتمركز حول مسائل أخلاقية . فإذا كانت مشكلات الأسرة هي محور التركيز ، فما هي الصحة الأسرية إذن ، وكيف نقرر ما هي الأسرة "الجيدة" فعلاً؟ ولربما كانت هنالك عدة أشكال من الأداء الأسري "السوي" ، كما يقول قسطنطين (Constantine, 1986) . ثم ، ماذا عن "التعصب الجنساني" (sexism) في العديد من الزيجات والعلاقات ، والذي يكون عادةً وقوداً لتطور المشكلات؟ هذه المسائل الخاصة وغيرها ، يمكن أن تظهر أينما تم الشروع بالعلاج الأسري أو الزوجي .

ملخص الفصل Chapter Summary

بمرور السنين ، أصبحت أنواع العلاج الجمعي والأسري والزوجي خيارات علاجية أكثر حيوية . وقد تطور العلاج الجمعي بشكل أساسي نتيجة الاضطرار إلى التعاطي مع أعداد كبيرة من الحالات . على أية حال ، أصبح بعض الإكلينيكيين ينظرون إلى هذا العلاج على أنه المعالجة المفضلة لهم . ويعكس سابقه ، فإن العلاج الجمعي المعاصر يكون محدداً زمنياً عادةً (يتم اللقاء لعدد محدد مسبقاً من الجلسات) ، ومتمركزاً حول الحاضر . ومن المرجح أن يزيد لجوء إدارة الرعاية الصحية السلوكية إلى أنواع معاصرة من العلاج الجمعي ، التي يتولاها الأخصائيون الإكلينيكيون . فالعلاج الجمعي فعال واقتصادي بالنسبة للإكلينيكيين ، وللمؤسسات إدارة الرعاية الصحية

السلوكية ، وللعلماء ، على حد سواء . لكن لسوء الحظ ، فإننا من منظور بحثي ، لا نعرف إلا القليل نسبياً عن العلاج الجمعي ، عدا عن كونه أكثر فعاليةً من عدم العلاج ، وعدا أنه لا يتفوق على الأنواع الأخرى من العلاج النفسي . مرةً أخرى ، فإن المميزات الأساسية لهذه الأنواع من العلاج هي اقتصاديتها وفعاليتها .

يمكن ردّ أصول العلاج الأسري إلى حركة الخدمة الاجتماعية في القرن التاسع عشر . حيث أصبحت مشكلات الأفراد تصاغ بلغة منظمة ، كالتعبير عن نوع من الاختلال الأسري . وكما هو الحال في العلاج الجمعي ، فهناك عدة أنواع من العلاج الأسري ، التي تتميز بأساليبها وتقنياتها وتوجهاتها النظرية (كالسلوكية) . أما تسمية العلاج الزوجي ، وهي الاسم التقليدي للعلاج الزوجي ، فهي تسمية مغلوبة ، لأنه لا توجد ضرورة لأن يكون المشاركون متزوجين أو من جنسين مختلفين [في بعض الثقافات] . وهناك نوعان من العلاج الزوجي خضعا للدراسة بشكل كبير من العلاج الزوجي ، هما : العلاج الزوجي السلوكي ، والعلاج الزوجي المركز انفعالياً .

وتشير الدلائل إلى فعالية عددٍ من أشكال العلاج الأسري والعلاج الزوجي . ومن بين أنواع العلاج الأسري ، تبدو المعالجات الانتقائية والسلوكية/التعليمية النفسية لاضطرابي الوسواس القهري والفصام لأحد أفراد الأسرة ، فعالة بصورة مشجعة . أما من بين أنواع العلاج الزوجي ، فإن الأبحاث تدعم بقوة استخدام العلاج الزوجي السلوكي ، والعلاج الزوجي المركز انفعالياً .

وأخيراً ، من المهم أن نلاحظ وجود عدد من المشكلات والقضايا الخاصة المرتبطة بالعلاج الجمعي والأسري والعلاج الزوجي . إضافةً إلى ذلك ، ونتيجةً لكثرة التوجهات المتصلة بهذه الأنواع من العلاج ، فإن الأبحاث تميل إلى التعقيد إلى حد كبير .

المصطلحات:

- جماعات العلاج السلوكي (behavior therapy groups) : منحى تتم فيه معالجة أفراد يعانون من مشكلات متشابهة (كالإكتئاب ، رهاب الأماكن الفسيحة ، الألم) كجماعة ، باستخدام العلاج السلوكي المعياري أو الأساليب المعرفية-السلوكية . وهناك اهتمام قليلٌ عموماً بديناميات الجماعة في جماعات العلاج السلوكي .

■ العلاج الأسري السلوكي (behavioral family therapy): منحيّ من مناحي العلاج الأسري ، ينظر إلى العلاقات الأسرية في إطار الشروط المعززة . وهنا ، يكمن دور المعالج في القيام بالتحليل السلوكي لمشكلات الأسرة ، وحث أفرادها على تعزيز بعضهم بعضاً بهدف زيادة احتمالات تكرار السلوكات المرغوبة . وقد يقوم المعالجون ذوو التوجه المعرفي بتعليم كل فرد من أفراد الأسرة ممارسة المراقبة الذاتية للسلوك المشكل ، وأنماط التفكير ، وتحديّ التفسيرات المتعلقة بالأحداث الأسرية .

■ العلاج الزوجي السلوكي (behavioral marital therapy-BMT): أحد أنواع العلاج الزوجي ، ويتم فيه تطبيق مبادئ التعزيز على تفاعلات الزوجين . وتشمل عناصره الأساسية التعاقد الموقفي ، وتقنيات الدعم والتفهم ، وتقنيات حل المشكلات .

■ العلاج الأسري التعاوني (collaborative family therapy) : أحد أنواع العلاج الأسري ، حيث يقابل كل من أفراد الأسرة معالجاً مختلفاً ، ثم يلتقي المعالجون بشكل دوريّ لمناقشة أوضاع مرضاهم والأسرة ككل . ويتضمن أحد أنواع هذا المنحى أن يعمل معالجٌ مشارك مع الأسرة نفسها .

■ الاتصال (communication) : التبادل اللفظي أو غير اللفظي للمعلومات المتعلقة بالحقائق أو الأفكار أو المشاعر .

■ العلاج الأسري المتزامن (concurrent family therapy) : أحد أنواع العلاج الأسري ، حيث يرى معالجٌ واحد جميع أفراد الأسرة في جلسات فردية . وفي بعض الحالات قد يقوم المعالج بإجراء العلاج النفسي التقليدي مع المريض الأساسي ، إلا أنه يرى أفراداً آخرين من الأسرة من حين إلى آخر .

■ العلاج الأسري المشترك (conjoint family therapy) : أحد أنواع العلاج الأسري ، حيث يقابل معالجٌ واحد الأسرة كلها في آنٍ معاً .

■ التعاقد التبادلي (contingency contracting) : في العلاج الزوجي السلوكي ؛ تقنيةٌ يتم فيها تدريب كلا الزوجين على تعديل سلوكاته الخاصة ، لإحداث تغييرات محددة مرغوبة في سلوك الشريك .

■ العلاج الزوجي (couples therapy) : أحد أنواع العلاج النفسي ، حيث يلتقي أزواجٌ (متزوجون أو غير متزوجين أو من الجنس نفسه [في بعض الثقافات] مع معالجٍ أو أكثر لحل أي عدد من المسائل .

■ عوامل الشفاء في العلاج الجمعي (curative factors in group therapy) : الأوجه المشتركة بين المناحي المختلفة من العلاج الجمعي ، والتي يفترض باليوم أنها مصدر التأثير الإيجابي

للعلاج . وتشمل هذه العوامل : نقل المعلومات ، غرس الأمل ، العمومية ، الإيثار ، التعلم البين-شخصي ، سلوك المحاكاة ، الاسترجاع التصحيحي للخبرات العائلية الأولى ، التفريغ الانفعالي ، واتساق الجماعة وتماسكها .

■ الارتباط المزدوج (double-bind) : حالة يتم فيها إخبار الفرد برسالتين متناقضتين من قبل أحد الرموز المهمة في حياته ، حيث تصبح كل استجابة يقوم بها خاطئة في نظر ذلك الرمز/الشخص . وفي وقت ما ، كان يُعتقد أن مواقف الارتباط المزدوج تساهم في تطور الفصام .

■ العلاج الزوجي المركز انفعالياً (emotionally focused couples therapy-EFT) : أحد أشكال العلاج الزوجي المبني على افتراض أن الكرب الزوجي ينجم عن الانفعال السلبي ، وأنماط التفاعل الهداسة . ويهدف التدخل العلاجي هنا إلى تغيير أنماط التفاعل المشكل لدى الشريكين واستجاباتهما الانفعالية ، بحيث يمكن تأسيس علاقة انفعالية أكثر قوة وأماناً .

■ العلاج الأسري (family therapy) : أحد أشكال العلاج النفسي ، حيث تتم مقابلة عدد من أفراد الأسرة من قبل المعالج إضافة إلى المريض الأساسي . وهذه الوسيلة العلاجية مبنية على فكرة أن جميع أفراد الأسرة يتأثرون بالمشكلة التي يطورها أحد أفرادها ، واحتمال أن تكون بيئة المنزل قد ساهمت في تطوير المشكلة أساساً . وبالرغم من وجود عدد من المناحي النظرية الأسرية ، فإن معظمها تشترك في الهدف الرئيسي بتحسين الاتصال في الأسرة .

■ نظرية النظم العامة (general systems theory) : مفهوم مهم في العلاج الأسري ، ينظر إلى الأسرة على أنها نظام ، ويعتقد بأن أفضل طريقة للتخفيف من الحالة "المرضية" هي من خلال تغيير طريقة عمل هذا النظام .

■ العلاج الجمعي الجشطلتي (Gestalt group therapy) : منحى جمعي ، يركز فيه المعالج على مريض واحد كل مرة ، ويطلب من الشخص أن يختبر مشاعره وسلوكاته ، بينما يُطلب من بقية أفراد الجماعة أن يراقبوا أو يقدموا التغذية الراجعة للشخص الذي يجلس في "الكروسي الساخن" .

■ العلاج الجمعي (group therapy) : أحد أشكال العلاج النفسي ، حيث يقوم معالج واحد أو أكثر بمعالجة عدد من المرضى في آنٍ معاً . وبشكل عام ، تتكون معظم الجماعات من 5 إلى 10 مرضى يلتفون مع المعالج مرة أسبوعياً على الأقل ، لجلسات تستغرق من 90 دقيقة إلى 120 دقيقة . على أية حال ، قد تختلف الجماعات إلى حد كبير من حيث توجهاتها النظرية ، ومن حيث النظر إليها كمعالجة أساسية أو تكميلية .

■ تقنيات حل المشكلات (problem solving techniques) : في العلاج الزوجي السلوكي ؛ هو تدريب الأزواج على مهارات الاتصال الإيجابية ، لتعزيز فعالية اتخاذ القرارات والتفاوض .

■ العلاج الجمعي التحليلي (psychoanalytic group psychotherapy) : بشكل عام ، هو إجراء العلاج بالتحليل النفسي في موقف جمعي . هنا ، تعدّ ديناميات الجماعة ثانوية للعمليات الفردية ، وتعمل الجماعة كوسيلة ، حيث يمكن للفرد أن يحصل على استبصار بالقوى ولدفاعات اللاشعورية لديه .

■ السيكودراما (psychodrama) : أحد أشكال لعب الدور التي جاء بها مورينو ، حيث يقوم أحد المرضى في الجماعة بتمثيل دور يحدده له المعالج ، بينما يعمل مرضى آخرون كفريق مساند من "الأنوات الإضافية" ، ويمثل عدد آخر من المرضى دور الجمهور . والفكرة هنا هي أنه بالاستماع إلى استجابات الأنوات المساعدة والإحساس بردود فعل الجمهور ، فإن المريض -من خلال دوره الأساسي- يقوم بالتفريغ الانفعالي وتفهم الذات .

■ تقنيات الدعم والتفهم (support-understanding techniques) : في العلاج الزوجي السلوكي ؛ هي تقنيات تسعى إلى زيادة المشاعر الإيجابية للشريك ، والسلوكات الإيجابية ، ودرجة التعاون بين الشخصين .

■ العلاج الجمعي المحدد زمنياً (time-limited group therapy) : منحى جمعي من العلاج المختصر قدّمه بدمان وجيرمان ، حيث يلتقي المرضى أسبوعياً لعدد محدد مسبقاً من الجلسات . وتوجد 4 خصائص أساسية له ، هي : التحضير والاختيار المسبق للجماعة ، وتأسيس محور للعمل والمحافظة عليه ، وانسجام الجماعة وتماسكها ، وردود فعل الفرد تجاه الحدود الزمنية .

■ التحليل التفاعلي (transactional analysis) : أسلوب جمعي طوره بيرن ، يركّز على "حالات الأنا" -الطفل ، الوالد ، والراشد- والتي تتضح بناءً على تعاملات المريض مع الأفراد الآخرين في الجماعة ، إضافةً إلى تكافؤ هذه الحالات إيجاباً أو سلباً ، ومساعدة المريض على تبني أساليب تقترب في خصائصها من حالة الأنا الراشد الإيجابية . ومن الأمور الأخرى التي يركز عليها التحليل التفاعلي : تحديد الألعاب التي يوظفها الأشخاص لتجنب الاقتراب الوثيق من الآخرين ، ومساعدتهم على تبني سلوكات أكثر تكيفاً .

الباب الرابع

تخصصات علم النفس الاكلينيكي

- الفصل السادس عشر: علم النفس المجتمعي
- الفصل السابع عشر: علم النفس الصحي والطب السلوكي
- الفصل الثامن عشر: علم النفس العصبي
- الفصل التاسع عشر: علم النفس القضائي
- الفصل العشرون : علم نفس الأطفال الطبي والإكلينيكي

16

الفصل السادس عشر

علم النفس المجتمعي

Community Psychology

- 1- ما الذي يميز منظور علم النفس المجتمعي؟
- 2- ما هي العوامل التاريخية التي أسهمت في حركة تطور علم النفس المجتمعي؟
- 3- ناقش أنواع الوقاية المختلفة ، وكيفية إجراء الأبحاث الوقائية .
- 4- ما هي أنواع التدخل العلاجي الأساسية التي يستخدمها المختصون في علم النفس المجتمعي؟
- 5- ما هي القضايا التي يمكن أن تواجه ميدان علم النفس المجتمعي في المستقبل؟

محتويات الفصل:

- المنظورات والتاريخ .
- المفاهيم الأساسية .
- أساليب التدخل والتغيير .
- تعليقات ختامية .
- ملخص الفصل .

منذ أن ظهر التحليل النفسي على الأقل ، والمهنة المساعدة تسعى إلى التخفيف من المشكلات النفسية للفرد بنوع أو آخر من أنواع العلاج . فركزت بعض المناحي على الاستبصار ، وسعت أخرى إلى تغيير السلوك بصورة أكثر مباشرة . ومهما كانت الاختلافات في تلك المناحي ، فمحور التركيز الأساسي المشترك بينها هو الفرد الذي طور هذه المشكلات النفسية . على العموم ، فلقد كان علم النفس الإكلينيكي - وما يزال - علم نفس الفرد .

وعلى المستوى النظري ، لطالما تقبل المعالجون الفكرة القائلة إن السلوك بسائر أشكاله (المرضية وغيرها) نتاج مشترك للعوامل الموقفية والعوامل الشخصية . ومع ذلك ، وفي جهودهم العلاجية اليومية ، ينصب تركيز الإكلينيكين على العلاج الفردي (واحد لواحد) بصورة أو بأخرى . فالفرد المضطرب الذي يطلب مساعدة خبير ما يخضع لدور المريض ؛ حيث الأخصائي الإكلينيكي يُعالج ، والمريض يستجيب . على أية حال ، في ضوء تزايد معدلات انتشار مشكلات الصحة النفسية/العقلية في العالم اليوم ، يتساءل الكثيرون عما إذا كان هذا المنحى العام ما يزال ملائماً ومنطقياً أم لا . فبالنسبة لهم ، هناك منحى جديد نسبياً يبدو أنه واعدٌ في حل مشكلات الصحة النفسية ؛ هذا المنحى هو علم النفس المجتمعي .

المنظورات والتاريخ *Perspectives and History*

سنبدأ بمحاولة تعريف ما هو علم النفس المجتمعي بالضبط ، ثم ننتقل إلى الأحداث التي أدت إلى ظهور هذه الحركة المجتمعية على أرض الواقع . ويُبين لنا الجدول 1-16 مجموعة من المبادئ المميزة لعلم النفس المجتمعي ، بما فيها الافتراضات المتعلقة بأسباب المشكلات ، ومستويات التحليل المختلفة التي يمكن استخدامها لتعريف مشكلة ما ، وأين تتم ممارسة علم النفس المجتمعي ، وكيف يتم التخطيط للخدمات ، والتركيز على الوقاية ، والاستعداد لـ "الاستغناء عن علم النفس" واللجوء إلى برامج المساعدة الذاتية ، والأشخاص من غير المختصين . وسنناقش كلاً من هذه المبادئ الأساسية خلال هذا الفصل .

منظور علم النفس المجتمعي *The Community Psychology Perspective*

وُصف علم النفس المجتمعي بأنه منحى في الصحة النفسية ، يركز على دور القوى والعوامل البيئية في نشوء المشكلات وتطورها والتخفيف منها أيضاً (Zax & Specter, 1974) ويجد رابابورت (Rappaport, 1977) أنه من المفيد أن نتحدث عن علم النفس المجتمعي باعتباره منظوراً ، بدلاً من محاولة إيجاد تعريف رسمي له . ولعل الأوجه الرئيسية لهذا المنظور هي نسبيته الثقافية وتنوعه وإيكولوجيته (المواءمة ما بين الأشخاص والبيئة) .

ما الذي "يسبب" المشكلات؟

تطور المشكلات نتيجة للتفاعل بين الفرد والموقف الاجتماعي والأنظمة (مثل المنظمات) عبر الزمن ، والتي لها تأثير متبادل على بعضها بعضاً .

كيف يتم تعريف المشكلات؟

يمكن تعريفها بعدة مستويات ، إلا أن التركيز الأساسي ينصب على التحليل على مستوى المنظمة والمجتمع أو الحي .

أين يمارس علم النفس المجتمعي؟

لا يمارس علم النفس المجتمعي في العبادة عادةً ، بل في الميدان أو في المواقف الاجتماعية قيد الاهتمام .

كيف يتم التخطيط للخدمات؟

بدلاً من تقديم الخدمات فقط لأولئك الذين يسعون طلباً للمساعدة ، يقوم أخصائيو علم النفس المجتمعي بالتقييم النشط للاحتياجات والمخاطر الكامنة في المجتمع .

من هم المؤهلون للقيام بالتدخل العلاجي؟

هناك محاولات تتم لإشراك علم نفس مع غيره من التخصصات عن طريق الاستشارة ، أما التدخلات العلاجية الفعلية فتتم عادةً من خلال برامج المساعدة الذاتية أو المتدربين من غير الأخصائيين النفسيين (غير المهنيين) .

المصدر : مأخوذ من أرفورد (Orford, 1992, p.4) .

ولهذا المنظور عدد من المضامين . أولاً ، ينبغي ألا يتجه اهتمام أخصائيي علم النفس المجتمعي حصرياً إلى عدم الملاءمة لدى البيئات أو الأشخاص ، بل عليهم أن يوجهوا اهتمامهم نحو المواءمة بين هذه البيئات والناس ، وهي مواءمة قد تكون جيدة أو لا تكون . ثانياً ، ينبغي على أخصائيي علم النفس المجتمعي التركيز على خلق البدائل من خلال التعرف على مصادر الأفراد والمجتمعات وجوانب قوتها ، والعمل على تطويرها . وبالتالي ، يكون التركيز منصّباً على نواحي القوة والكفاءة لدى الأشخاص والبيئات ، بدلاً من نواحي الضعف . ثالثاً ، من المرجح أن يعتقد أخصائيي علم النفس المجتمعي أن الفروق الموجودة ضمن الأشخاص والمجتمعات فروق مرغوبة . لذلك ، لا ينبغي

توظيف المصادر المجتمعية وفقاً لمعيار واحد للكفاءة ؛ فالأخصائي هنا لا يتوحد مع معيار اجتماعي واحد أو قيمة واحدة ، وإنما يتطلع إلى تعزيز الاختلاف والتنوع والارتقاء به .

ووفقاً لوجهة نظر راباپورت (Rappaport,1977) ، هناك ثلاث مجموعات من الاعتبارات التي تميز منظور علم النفس المجتمعي : تطوير المصادر البشرية ، والنشاط السياسي ، والعلم . وهذه الاعتبارات تتعارض من عدة نواح . فالناشطون السياسيون لا يتسمون بالصبر عادةً ، ويسخرون من الأخصائيين الإكلينكيين التقليديين لضعف مساهمتهم في المجتمع وبطئها . بينما عادةً ما ينتقد الأخصائيون الإكلينيكيون السياسيين بدورهم ، انطلاقاً من أنهم غير مهنيين ، وشديدو الاهتمام بترويج وجهات نظرهم الخاصة للعالم (دوچماتيين) . ثم عادةً ما يرى كلاهما أن العلماء بعيدون كل البعد عن المشكلات الحقيقية في هذا العالم ، ولا يعرفون حقيقة ما يجري فيه (مقولة "البرج العاجي") . أما العلماء فيرعبهم كلٌ من الناشطين السياسيين والأخصائيين الإكلينكيين على حدٍ سواء : حيث ينظرون إلى كلٍ منهما على أنه على استعدادٍ مريعٍ للتصرف والحكم بناءً على التخمين والمعلومات المنقوصة ، أو -والأسوأ من ذلك- دون أن يكون لديه نظرية حيوية توجهه . على أية حال ، فالتغييرات الاجتماعية الحقيقية إزاء الصحة النفسية تتطلب تعاون كلٍ هذه "المعسكرات" مع بعضها بعضاً . فعلى سبيل المثال ، يجب أن يقدم العلماء بياناتٍ تساهم في دعم وتوجيه جهود الأخصائيين الإكلينكيين والناشطين السياسيين ، ويجب على الناشطين أن يساهموا بتمويل جهود العلماء بحيث يمكنهم إجراء الأبحاث المطلوبة . فبرغم كل شيء ، كلٌ هذه المعسكرات لها هدفٌ مشترك : الحياة الأفضل والعافية والصحة النفسية للأفراد والجماعات والمجتمع ككل .

ومهما يكن شأن علم النفس المجتمعي ، فهو ليس ميداناً يركز على اضطراب فردي أو نموذج علاجي فردي (Iscoe,1982). إذ أن التركيز هنا وقائي أكثر من كونه علاجياً . إضافةً إلى ذلك ، يتم تشجيع الأفراد والمؤسسات في المجتمع على المبادرة بالسيطرة على المشكلات الخاصة بهم والتغلب عليها (عن طريق التمكين - empowerment) بحيث لا يعود التدخل العلاجي التقليدي المختص ضرورياً (Orford,1992) .

التاريخ والأحداث المساعدة Chronology and Catalyzing Events

في عام 1955 ، قام الكونجرس الأمريكي بإقرار قانونٍ شكّلت بموجبه اللجنة المشتركة المفوضة بالإشراف على الصحة النفسية والأمراض . وقد جاء تقريرها ليشجع تطوير مفهوم الصحة النفسية المجتمعية ، ويحث على التقليل من أعداد الأشخاص الذين يدخلون المستشفيات النفسية . وبناءً على الافتراض المنطقي بأن الضيق النفسي وتطور الاضطرابات النفسية يتأثران بالظروف البيئية

السلبية ، فقد دعا الرئيس كينيدي إلى "منحى جديد وشجاع" للوقاية من الاضطرابات النفسية . وقد أدى ما يُسمى بتشريع كينيدي لعام 1963 [في الولايات المتحدة الأميركية] إلى دعم بناء مراكز الصحة النفسية وتمويلها في طول البلاد وعرضها ، والتي تهدف إلى تشجيع الكشف المبكر عن مشكلات الصحة النفسية ، ومعالجة الاضطرابات الحادة ، ووضع الأنظمة الكفيلة بتقديم الخدمات التي يمكنها الحد من "تخزين" المرضى المزمّنين في المستشفيات النفسية (Bloom, 1973) . وقد أيدت الرابطة النفسية الأميركية (APA) فكرة مشاركة أفراد المجتمع المحلي بكل هذه القرارات (M. B. Smith & Hobbs, 1966) ، كما وساعدت على تركيز الاهتمام على مفهوم المناحي المجتمعية والمشاركة .

ويعتبر كثيرون أن المؤتمر الذي عُقد عام 1965 كان الميلاد "الرسمي" لعلم النفس المجتمعي (Zax & Specter, 1974) . ففي مدينة سوامسكوت في ولاية ماسوشوسيس ، أخذت مجموعة من الأخصائيين النفسيين على عاتقها مراجعة الوضع العام لهذا الميدان ، ورسم خط سير تطوره المستقبلي ، وتحديد موقع علم النفس ضمن حركة الصحة النفسية المجتمعية .

وبعد انعقاد هذا المؤتمر بوقت قصير ، أصبح هناك فرع لعلم النفس المجتمعي ضمن الرابطة النفسية الأميركية (APA) وعلى الفور ، تم البدء بإصدار دوريتين ، هما : مجلة الصحة النفسية المجتمعية (The Community Mental Health Journal) والمجلة الأميركية لعلم النفس المجتمعي (The American Journal of Community Psychology) . كما بدأت الكتب المنهجية بالظهور (بما فيها : Zax & Specter, 1974; Heller & Monahan, 1977; Rappaport, 1977; Mann, 1978; Heller, Price, Reinhartz, Riger, & Wandersman, 1984; Orford, 1992 أخرى أحدث مثل : Duffy & Wong, 1996; Liven & Perkins, 1997; Dalton, Elias, & Wandersman, 2001) . كما بدأت المراجعات العلمية تظهر بشكل دوري في مجلة المراجعة السنوية لعلم النفس (Annual Review of Psychology) ، ونُشرت الكتب المرجعية أيضاً (e.g., Rappaport & Seidman, 2000) . كما تم وضع مسابقات وتأسيس برامج للدراسات العليا في علم النفس المجتمعي ، وقد ظهرت كتب في الوقت الحالي تتناول حتى تاريخ الصحة النفسية المجتمعية .

ولتجسيد التأريخ السابق ، من المفيد الإشارة ، ولو برؤوس أقلام ، إلى عدد من القضايا أو الاعتبارات التي حفزت ظهور علم النفس المجتمعي .

على الرغم من تزايد عدد المرضى المودعين في المستشفيات النفسية بالولايات المتحدة ليلبلغ حوالي النصف مليون مريض في أواسط الخمسينيات من القرن العشرين ، إلا أن الأخصائيين الإكلينيكين من ذوي التوجه الاجتماعي استمروا في الضغط من أجل إيجاد بدائل لهذه الرعاية المكلفة وغير الفعالة ، والرصائية إلى حد كبير بالنسبة للمرضى . وقد اجتمعت ثلاثة عوامل في وقت واحد تقريباً لتقلل بشكل كبير من عدد الإدخالات إلى المستشفيات : ظهور الأدوية النفسية ، والفلسفة الأكثر تحرراً في تسريح المرضى ، والمعالجات الأكثر فعالية في المستشفيات النفسية . ولكن مع زيادة أعداد المرضى النفسيين الذين يتم تسريحهم تحت تأثير أدوية قوية عادةً ، ومع عدم إعادة إدخال أي من هؤلاء المرضى ، فقد أصبحت هناك حاجة ملحّة لمستويات أفضل من المعالجات المجتمعية والخدمات المساندة . وهو أمر يعد سبباً من نواح معينة ، ونتيجة من نواح أخرى . وبذلك ، وجدت الفلسفة المجتمعية موطئ قدم لها في هذا الميدان .

ولعل إحدى المشكلات التي تواجهها العديد من المستشفيات النفسية هي نقص أعداد المعالجين المدربين . وبينما يعتبرها الناس العاديون أسلوباً واقعياً لحل المشكلات الانفعالية الصعبة ، إلا أن الرعاية في المستشفى بحد ذاتها خلقت قدراً من المشكلات ، يساوي تلك التي استطاعت أن تحلها . وعلى مدى السنين ، أصبحت المستشفيات النفسية (وخصوصاً تلك الحكومية منها) عبارة عن مستودعات أو صناديق للرصاية . إذ أن الرعاية تكون هامشية عادةً ، بل ووحشية أحياناً بكل معنى الكلمة . كما أن الفريق المهني عادةً ما يعاني من نقص شديد كمّاً ونوعاً . وفي الحقيقة ، ما زال بعضهم على قناعة (أثبتت تجريبياً) بأن الرعاية الداخلية في المستشفيات ليست أسلوباً علاجياً فعالاً بشكل خاص .

نقص العاملين Personnel Shortage

بالرغم من تدريب أعداد أكبر من الإكلينيكين والأطباء النفسيين ، إلا أن الطلب على خدماتهم ما يزال يفوق تزايد عددهم . حيث اتجه العديد من الوافدين الجدد إلى العيادات الخاصة ، بينما كرّس عدد آخر منهم نفسه للتدريس أو البحث . على أية حال ، فقد كان ما زوّدت به المستشفيات والعيادات الخارجية من مختصين مدربين بالكاد يفي بمتطلباتها . ولعل هناك عدداً من التيارات (Albee, 1959, 1968; Amhoff, 1968) التي اجتمعت لتؤدي إلى هذا النقص الحاد في العاملين بالمستشفيات والعيادات . ولتعويض هذا النقص ، أصبح من الضروري البحث عن مصادر أخرى جديدة للعاملين ، والإفادة من وقت المختصين بشكل أكثر فعالية ، وتطوير نماذج جديدة في تدبير المشكلات الإنسانية . وقد تنبأ ألبى (Albee, 1959, 1968) باستحالة تدريب أعداد كافية

من الأخصائيين في مجال الصحة النفسية بحيث تلبي الاحتياجات الراهنة والمستقبلية ، وأوصى بالسعي نحو الوقاية كاستراتيجية لنا في هذا المجال .

تساؤلات حول العلاج النفسي Questions About Psychotherapy

منذ الخمسينيات من القرن الماضي ، لم يبدأ الناس يشكون في فعالية العلاج النفسي فقط ، بل وفي تأثيره الفعلي أيضاً . وأخذ بعضهم يتساءل عن مدى صحة فرضية العوامل النفسية الداخلية كسبب لوجود المشكلات ؛ فالتفاعل ما بين الشخص والبيئة له أهميته أيضاً . في الوقت ذاته ، ونظراً لكلفته العالية ، والتزايد في توجه الأخصائيين الإكلينيكين والأطباء النفسيين نحو الممارسة في العيادات الخاصة ، فقد دفعت العوامل الاقتصادية هذه بالعلاج النفسي بعيداً عن متناول الفقراء والمحرومين . كما أصبحت العلاقة بين المرض النفسي والطبقة الاجتماعية أكثر وضوحاً منذ ذلك الحين بعد أن وثّقها هولينجزهيد وريدليك (Hollingshead & Redlich, 1958) وكما اتضح الآن أيضاً ، فهناك علاقة بين الطبقة الاجتماعية ومدى توافر العلاج النفسي .

النماذج والأدوار الطبية Medical Models and Roles

أشرنا خلال هذا الكتاب إلى انتشار النموذج الطبي ، وإلى عدم الرضا عنه . فقد شهدت ستينيات القرن العشرين مناخاً تعرضت فيه المعتقدات التقليدية القائلة بالتفوق المؤسسي وامتيازاته ، إلى النقد الحاد . وقد تمخّض عن هذا المناخ ظهور عدد من المتعاطفين مع هذه اللغة الجديدة ، والمستعدين لتقبل هذا النقد لوجهات النظر التقليدية المتعلقة بالأمراض النفسية . وقد ساهم كل ذلك في زيادة الاهتمام بالشروط الاجتماعية - المجتمعية المحيطة بمشكلات الحياة ، بدلاً من العوامل البيولوجية أو النفسية الداخلية المسببة للمرض .

كما أثارت الحركات السياسية والاجتماعية النشطة [التي حدثت في الولايات المتحدة] في ستينيات القرن الماضي سخطاً الإكلينيكين ، وامتعضهم المستمر من دور يحيلهم إلى كيانات تنتظر في أماكن العمل دون حراك ، حتى يأتي الأفراد المضطربون من المجتمع ليُطرقوا أبوابهم . ألا يُعتبر الدور النشط للأخصائي الذي يحمل خدمات الصحة النفسية إلى الأشخاص ، أكثر تناغماً وانسجاماً مع النموذج الاجتماعي - المجتمعي؟ وإذا كان الأمر كذلك ، فإن مثل هذا الدور يصبح أيضاً مقياساً للاستقلال عن تسلط المهن الطبية وهيمنتها . على أية حال ، لا ينبغي أن نغالي في تقديرنا لهذه التطورات . وبرغم كل شيء ، لا يجب أن ننسى أن أحد التوجهات الحالية الأساسية في علم النفس الإكلينيكي يكمن في الاندفاع السريع للأخصائيين نحو الممارسة الخاصة في العيادات . ومثل هذا السلوك بالكاد يكون رفضاً للنموذج الطبي أو قبولاً للمنحى الاجتماعي - المجتمعي .

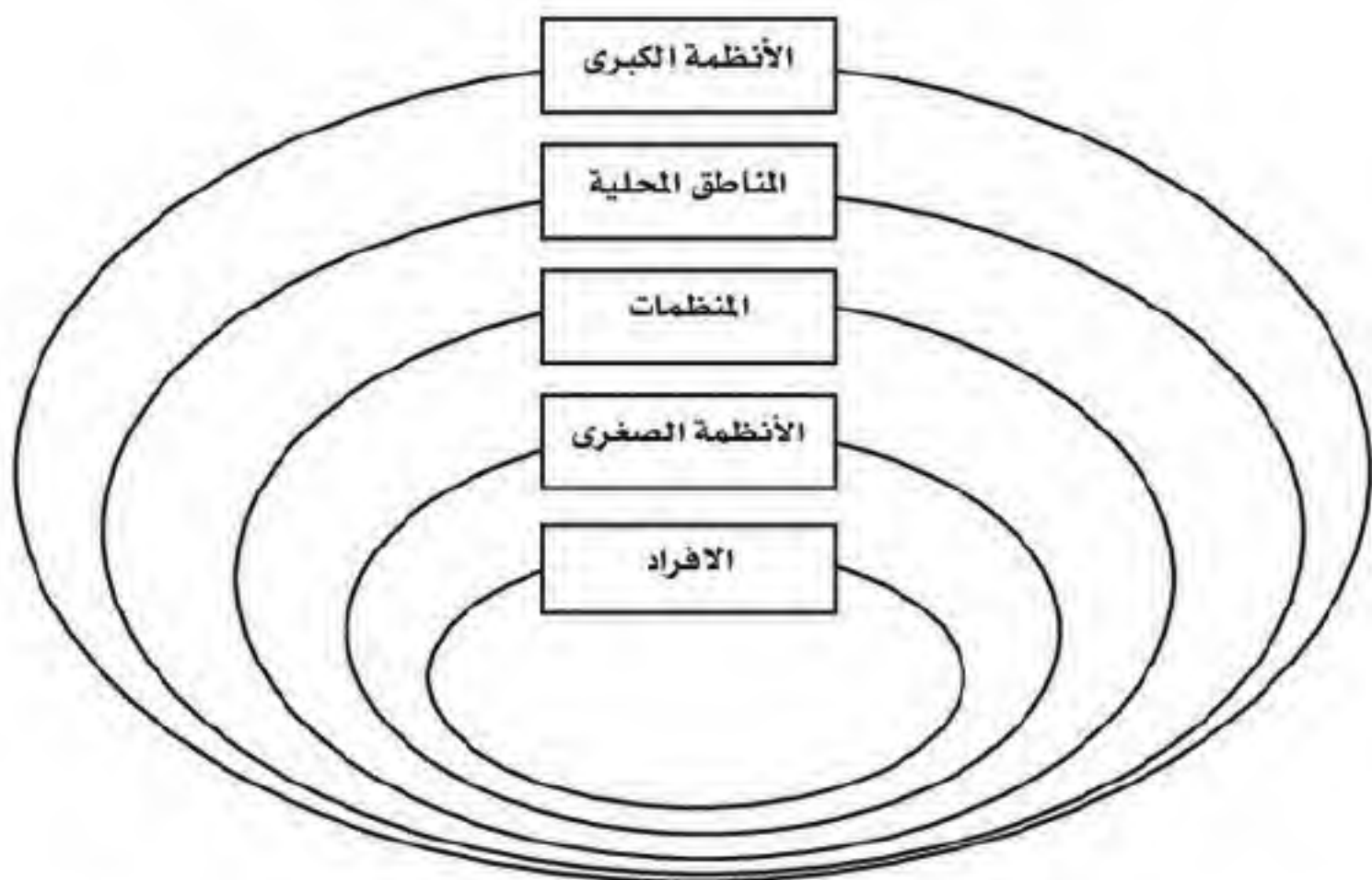
ومن القوى الأخرى التي ساعدت على تشكيل حركة علم النفس المجتمعي ، الوعي المتزايد بأهمية العوامل الاجتماعية والبيئية في تحديد سلوك الناس ومشكلاتهم . فالفقر والتمييز والتلوث والنمو السكاني والزحام ، كلها تعدّ عوامل مؤثرة . إن إعطاء الخيارات للناس ، وتعزيز صحتهم العامة ، يتطلب من الأخصائيين النفسيين إيلاء الانتباه لتلك العوامل ، وذلك باعتبارها أكثر من مجرد انعكاس لمحددات الطفولة المبكرة على شخصيات الأفراد . فالمشكلات الانفعالية لدى عدد كبير من الأشخاص قد تكون متأثرة بعوامل اجتماعية ؛ مثل : الفقر ، البطالة ، التمييز في العمل ، العنصرية ، انعدام فرص التعليم ، التمييز الجنسي . . . إلخ . ومثل هذه المؤثرات بالكاد تكون من ذلك النوع الذي تقترحه نظرية التحليل النفسي ، وغيرها من النظريات التي تبحث عن الإجابات في إطار الديناميات الداخلية للفرد .

مناخ الحقبة الزمنية The Tenor of Times

ربما بمقدار أي عامل آخر أو أكثر ، فإن الأحداث الاجتماعية السياسية التي ماجت بها ستينيات القرن العشرين ، أعطت المنحى المجتمعي - بدورها أيضاً - سبباً من أسباب بقائه . فقد تم وضع حدّ للتمييز العنصري في المدارس بأمر من المحكمة العليا عام 1954 ، كما ظهرت حركة الحقوق المدنية التي قامت بفضح التمييز بمختلف أشكاله وألوانه ، وزادت من وعي البلاد بأسرها . وللمرة الأولى ، بدأ كثيرون يفهمون ما يفعله الكبت الاجتماعي في عقول ضحاياهم وعواطفهم . وفي الوقت نفسه ، أثبت ناشطو حقوق الإنسان أن المظاهرات ومسيرات الاحتجاج والضغط ، وحتى المنطق أحياناً ، أمورٌ يمكن أن يكون لها أثرها . ولم تذهب الدروس المستمدة من تلك الحقبة سدىً لدى بعض الأشخاص ، الذين أصبحوا فيما بعد مؤيدين للمنحى المجتمعي في الصحة النفسية .

المفاهيم الأساسية Key Concepts

إلى هنا نكون قد حاولنا رسم منظور عام لعلم النفس المجتمعي وتاريخه . وأثناء ذلك ، أشرنا إلى عدد من المفاهيم المهمة . والآن ، فلنلقِ نظرةً أكثر قرباً على بعض هذه المفاهيم التي تعد من صميم علم النفس المجتمعي .



المصدر : Dalton, Elias, and Wandersman (2001). Community Psychology, Belmont, CA: Wodsworth/Thomson Learning

المستويات الايكولوجية (البيئية) للتحليل

Ecological Levels of Analysis

إن واحداً من أهم المبادئ الأساسية في علم النفس المجتمعي ، هو أن علاقة الأفراد بالمجتمع علاقة متبادلة . ولكي نفهم حياة الآخرين ونعمل على تحسينها ، فمن الضروري أن نأخذ باعتبارنا عدداً من الأنظمة أو مستويات التحليل (Bronfenbrenner, 1979; Dalton et al., 2001) . وبين لنا الشكل 1-16 هذه المستويات التحليلية التي تعد موضوعاً مهماً للبحث في علم النفس المجتمعي .

أولاً ، وعلى مستوى الفرد ، يقوم أخصائيو علم النفس المجتمعي بدراسة العلاقات ما بين الأفراد وبيئاتهم . فالأفراد (Individuals) يتأثرون ببيئاتهم (مثل فقدان وظيفة ما) ، كما أنهم يؤثرون بها بدورهم . ثانياً ، يركز المستوى التالي من التحليل على العلاقة بين الأفراد والأنظمة الصغرى

(Microsystems) ؛ وهي البيئات التي ينخرط فيها الفرد بشكل مباشر مع الآخرين ، سواء كانوا أفراد أسرته ، أو زملاءه في الدراسة ، أو أصدقائه ، أو رفاقه في العمل . أما المنظمات (Organizations) فتشمل مجموعةً أوسع من الأنظمة الصغرى (كالمدارس ودور العبادة) . وقد يكون الأفراد ضمن مؤسسة ما ، إلا أن مشاركتهم عادةً ما تكون من خلال الأنظمة الصغرى للمؤسسة . ويتضمن مستوى المناطق المحلية (Localities) (وهي الأماكن الجغرافية عادةً) عدداً من المنظمات التي تحتوي مجموعات صغيرة . فعلى سبيل المثال ، تقوم الائتلافات المجتمعية بهدف تحديد المشكلات المتعلقة بتعاطي المخدرات ، أو الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية المحلية . وأخيراً ، تأتي الأنظمة الكبرى (Macrosystems) لتشمل المجتمعات والثقافات والمؤسسات الحكومية أو الاقتصادية ، التي تتخطى حدود المجتمع المحلي .

إضافةً إلى هذه الخصائص البنيوية للمجال الإيكولوجي ، فقد أكد كيلى وتريكييت وزملاؤهما (e.g., Treckett, Kelly, & Todd, 1972) على أربعة مبادئ إيكولوجية ، يمكنها أن تشكل إطاراً لعلم النفس المجتمعي . أولاً ، يحتوي كل نظام بيئي -سواء كان بيولوجياً أو نفسياً- على أجزاء متعددة تعتمد على بعضها بعضاً ، بحيث يؤثر تغيير أحد أجزاء النظام على الأجزاء الأخرى فيه . فالتغيير في إدارة المدرسة مثلاً ، سيؤثر على المعلمين والطلاب والآباء والمجتمع بأسره . ثانياً ، يمكن فهم الأنظمة البيئية من خلال دراسة المصادر المستخدمة والمطلوبة لبقائها سليمة . ففي كثير من الأحيان ، عند وجود ضغوط أو مشكلات في النظام البيئي فقط ، تتضح ماهية المصادر الأكثر أهمية . وهكذا ، قد تكون هنالك حاجة إلى إيجاد بعض المصادر أو المحافظة عليها أو تقويتها . ثالثاً ، يقوم الأفراد (ومستويات أخرى من النظام البيئي) بالتكيف وفقاً لمعطيات البيئة عن طريق تدبر قيودها أو متطلباتها ، وذلك باستخدام الموارد المتاحة . رابعاً ، تمتاز الأنظمة البيئية بأنها ديناميكية متغيرة ، وليست ثابتة . وعليه ، فمن المحتمل أن تتغير مع الزمن بناءً على أنماط الاعتماد المتبادل ، وعلى المصادر المتاحة ، وعلى التغيرات التكيفية الناجمة .

وفي النهاية ، فنتيجةً للاعتماد المتبادل بين المستويات المختلفة للنظام البيئي ، يمكن دراسة أي مشكلة فردية أو مجتمعية وفق عددٍ من المستويات ؛ فالبيئات الاجتماعية تتغير ، كما يمكن تغييرها باستمرار .

مفهوم الصحة النفسية المجتمعية

The Concept of Community Mental Health

في عام 1955 ، قامت اللجنة المشتركة المفوضة بالإشراف على الصحة النفسية والأمراض بوضع عدد من التوصيات الأساسية ، التي تحدد الاتجاه العام للتطور اللاحق لعلم النفس المجتمعي ؛

وهو اتجاه ما يزال يتأثر بطبيعة الضغوط السياسية والتمويلية التي تخضع لها الولايات المتحدة . وقد جاءت هذه التوصيات لنص على : (أ) زيادة الأبحاث التي تدور حول ظواهر الصحة النفسية ، والعمل على تحسينها ، (ب) تبني تعريف واسع لمن يقوم على تقديم خدمات الصحة النفسية ، (ج) وجوب توفير خدمات الصحة النفسية في المجتمع ، (د) وجوب تعزيز الوعي بأن الأمراض العقلية يمكن أن تنشأ عن عوامل اجتماعية (مثل النبذ أو العزل) ، و(هـ) وجوب دعم الجهات الرسمية لهذه التوصيات بالتمويل .

وفي عام 1963 ، تم توفير التمويل الفيدرالي اللازم للمساعدة على بناء مراكز الصحة النفسية الشاملة ، وتزويدها بالعاملين في سائر أنحاء الولايات المتحدة الأميركية . ولكي يكون مركز الصحة النفسية المجتمعية مؤهلاً للتمويل ، ينبغي أن يقدم خمس خدمات أساسية ، هي : (أ) الرعاية الداخلية للمرضى ، (ب) الرعاية الخارجية للمرضى ، (ج) الرعاية الجزئية في المستشفى (كأن يعمل المريض نهاراً ، ويعود إلى المستشفى ليلاً) ، (د) خدمات الطوارئ على مدار الساعة ، و(هـ) الخدمات الاستشارية للعاملين المهنيين والتربويين ومقدمي الخدمات في المجتمع . وبالإضافة إلى هذه الخدمات المطلوبة ، فقد كان يُؤمل من مراكز الصحة النفسية المجتمعية أن تقدم (أ) خدمات التشخيص ، (ب) خدمات إعادة التأهيل ، (ج) البحث ، (د) التدريب ، و(هـ) التقييم . ولكن بغض النظر عما وصفه هوبس (Hobbs, 1964) بـ "الثورة الثالثة" في الصحة النفسية ، فإن النماذج الطبية ما تزال سائدة (ربما لأن الأطباء النفسيين ما يزالون على قمة الهرم الإداري) ، وما يزال الإهمال مستمراً للمرضى من الأقليات والفقراء ، بل وحتى الأطفال .

وفي دراسة واسعة التأثير ، ساق م . ب . سميث وهوبس (M. B. Smith & Hobbs, 1966) الحجج والبراهين على الأهمية والضرورة الملحة لتعزيز سيطرة المجتمعات المحلية على خدمات الصحة النفسية . وهما يؤكدان على أن الوقاية لها دورها الأسمى ؛ وهذا يعني الكشف المبكر والعمل مع المدارس ، وأقسام الشرطة ، ووكالات الخدمة الاجتماعية والعمل ، وغيرها من المؤسسات . وقد استبدلت بفكرة العجز أو العيب الشخصي الفكرة القائلة إن الأنظمة الاجتماعية فشلت في توفير بيئة ملائمة . إذن ، فليس على مراكز الصحة النفسية المجتمعية أن تسعى إلى معالجة صعوبات الفرد فحسب ، بل وأن تبذل ما بوسعها لتمكين النظام من العمل بشكل أفضل أيضاً . وفي هذا الإطار ، أعطيت الاستشارة مكانة بارزة ، وكذلك الأمر بالنسبة لتطوير مصادر مجتمعية جديدة . وهنالك من يتجاوز ما قاله سميث وهوبس ، فينادي بوجود أن تكون هذه المراكز بمثابة منسق مركزي بين سائر الأنظمة الاجتماعية في المجتمع . والهدف هو الوصول إلى الأفراد الذين هم بحاجة إلى الخدمات ، وبالتحديد أولئك الذين غالباً ما يتم استثناءهم منها (كالفقراء والأقليات) . وكذلك الحث على

تطوير أساليب جديدة تلبي احتياجات الصحة النفسية (مثل التدخلات العلاجية في الأزمات ، والعلاج الجماعي) . كما أن الهيئات التي تدعم العمل الاجتماعي ، وتسعى إلى برمجة نشاطات عديدة (مثل تحسين شروط الإسكان والتوظيف والفرص) ، أصبحت تأخذ أولوية على جلسات العلاج الفردي . كما استُبدِل بنور المعالج ذلك الدور الذي تقوم به عدد من منظمات التغيير الاجتماعي الفاعلة .

إن العديد من الأحداث أنفة الذكر تحمل نبرةً مثالية . ومهما كان الأمر ، ففي الستينيات من القرن العشرين أصبح العديد من المراكز المجتمعية عاملاً ، واقترب بعضها من آمال سميث وهوبس ، بينما بقيت مراكز أخرى غيرها وفق قوالب المناحي الإكلينيكية التقليدية ، وذلك رغم استخدامها للغة المجتمعية الجديدة . ولأسباب عديدة (بما فيها تخفيض التمويل الفدرالي بدءاً من عام 1968) ، لم يتحقق الهدف الذي وُضع بتأسيس 2000 مركز بحلول عام 1975 . لا بل لم يتم سوى تأسيس 540 مركزاً حتى عام 1974 من التمويل المخصص لحركة الصحة النفسية المجتمعية . وعلى الرغم من توصيات الرئيس كارتر حول الصحة النفسية عام 1978 بوجوب زيادة التركيز على "خدمة المحرومين من الخدمة" (الأطفال ، الشيوخ ، الأقليات العرقية ، وسكان الأرياف) ، إلا أن المخصصات الممنوحة لتمويل مراكز الصحة النفسية المجتمعية قد انخفضت على مدى السنوات اللاحقة ؛ حيث فشلت الولايات والحكومات المحلية في ملء هذه الفجوات المالية . واليوم ، هنالك حوالي 1500 مركز للصحة النفسية المجتمعية في مختلف أنحاء الولايات المتحدة ، مما يعني أنها ما تزال حتى الآن قاصرة عن تحقيق الهدف الذي وُضع منذ عدة عقود .

مفهوم الوقاية The Concept of Prevention

فكرة الوقاية هي المبدأ الموجه الذي طالما بقي في صميم برامج الصحة العامة في الولايات المتحدة . وبشكل أساسي ، يؤكد هذا المبدأ على أن الأنشطة الوقائية ستكون أكثر تأثيراً وفعالية -على المدى البعيد- من المعالجة الفردية التي تتم بعد ظهور الأمراض أو المشكلات (Felner, Jason, Moritsugu, & Farber, 1983) وأما فيما يتعلق بفعالية مثل هذه المناحي ، فهذا أمر وُضِحه تصويرياً برايس وزملاؤه (Price, Cowen, Lorion, and Ramos-McKay, 1988) حيث يصف كتابهم "أربعة عشر أونصة من الوقاية" (Fourteen Ounces of Prevention) ، 14 برنامجاً وقائياً نموذجياً للأطفال والمراهقين والراشدين . ويبين التوضيح 1-16 لمحة عامة عن أحد هذه البرامج التي تستهدف الأطفال في سن ما قبل المدرسة ، والذين ينحدرون من أسرٍ من ذوي الدخل المنخفض .

لقد تم تأسيس برنامج بيرى للفرص الميسرة للأطفال ما قبل المدرسة (The High/Scope Perry Preschool Program-HSPPP) عام 1962 لمساعدة الأطفال الذين يُعتبرون معرضين للفشل الدراسي ، ولتستخدم منهجه اليوم من قبل الآلاف من المعلمين للأطفال في سنواتهم المبكرة (Schweinheart & Weikart, 1988). وبناءً على المنطق القائل إن الفقر في الطفولة يؤدي عادةً إلى الفشل الدراسي ، مما يؤدي بدوره إلى الفقر والمشكلات الاجتماعية في الرشد (كالجريمة) ، فإن هذا البرنامج يستهدف بالتدخل أولئك الأطفال في سن الثالثة والرابعة من العمر ، في أسر من ذوي المستويات الاجتماعية الاقتصادية المتدنية . وتتحدد هذه التدخلات العلاجية من خلال :

- 1 . منهج ملائم من الناحية النمائية ، بناءً على نظرة بياجيه للأطفال كممثلين نشطين ومبادرين للتعلم .
 - 2 . الانخراط في الأدوار الصفية محدوداً بإشراف ملائم من شخص راشد (على الأقل ، اثنان من الراشدين الذين تم تدريبهم في ما يتعلق بالنمو في مرحلة الطفولة المبكرة) .
 - 3 . الإشراف الداعم للعاملين ، وفرص التدريب المتكرر أثناء الخدمة .
 - 4 . التركيز على اشتراك الأهل في تعليم كل طفل .
 - 5 . الحساسية تجاه احتياجات الأطفال وأسرم (Schweinheart & Weikart, 1988) .
- وقد انضم 58 طفلاً في الثالثة والرابعة من العمر إلى مجموعة الدراسة الخاضعة للتدخل في برنامج بيرى ما قبل المدرسة ، واستمروا فيه عامين ، كان يتم خلالهما الحضور إلى الصف التعليمي صباحاً لخمسة أيام كل أسبوع لمدة 7 أشهر . كما تم جمع بيانات النتائج أيضاً من مجموعة صابطة تكونت من 65 طفلاً ، تمت مطابقتهم مع المجموعة التجريبية من حيث نسبة الذكاء والجنس والمستوى الاقتصادي الاجتماعي . ويمكن تلخيص النتائج الأساسية لهذه الدراسة كما يلي (Schweinheart & Weikart, 1988):

- 1 . لقد حقق المشاركون في البرنامج إنجازاً أكاديمياً أفضل خلال الدراسة الابتدائية والمتوسطة ، وتم تقييمهم من قبل المعلمين على أنهم أكثر نضجاً اجتماعياً وانفعالياً ، وكانت لديهم توجهات أكثر تفضيلاً نحو الدراسة الثانوية .
- 2 . حصل المشاركون في البرنامج كمجموعة على وظائف أكثر وأفضل ، وتلقوا رواتب أعلى وهم في التاسعة عشرة من عمرهم . إضافةً إلى ذلك ، فقد كانوا أكثر قدرة على إعالة أنفسهم ، وكانت احتمالات تركهم للدراسة الثانوية أقل ، واحتمالات قبولهم في جامعة أو معهد مهني أكثر .
- 3 . أشار تحليل الجدوى (الكلفة- الفائدة) للبرنامج أن الفائدة كانت ذات دلالة بالنسبة للمجتمع ودافعي الضرائب ، فلكل دولار يُنفق على البرنامج ، يتم توفير 3 دولارات . فعلى سبيل المثال ، نجم عن البرنامج تقليل من كلفة الصفوف الخاصة ، وكلفة الخدمات الاجتماعية ، والجريمة ،

كما تم تطوير برامج الوقاية للراشدين وتطبيقها أيضاً . ويعرض التوضيح 16-2 لمحة عامة
لبرنامج "أعمال" (JOBS Program) ، والذي صُمم لمساعدة الراشدين الذين فقدوا وظائفهم
حديثاً .

التوضيح 2-16

برنامج "أعمال" JOBS Program

يمكن أن يؤدي فقدان العمل إلى عدد من المشكلات ، بما فيها الاكتئاب ، الإدمان على المخدرات ، المشكلات
الصحية ، الصراع الأسري ، الانتحار ، والتوتر المالي (Caplan, Vinokur, & Price, 1997) . ومن المؤكد أن
البرامج التي تساعد الأشخاص على إدارة هذا التحوّل الصعب والحصول على وظائف جديدة ، هي برامج ذات
فائدة كبيرة . وقد قدم كاجلان وزملاؤه (Caplan et al., 1997) مراجعةً وتقييماً لبرنامج للتدخل من مثل هذا
النوع : برنامج "أعمال" .

يتم تطبيق هذا البرنامج بصورة جماعية ، ويشمل عدة جلسات على مدار أسبوع أو أسبوعين ، تستغرق كل
منها 3 ساعات ونصف الساعة . ويركز البرنامج على (أ) تدريب المشاركين للبحث عن العمل من جديد بطريقة
فعالة (مثل التدريب على مهارات سلوكية ، كاجتياز مقابلة التوظيف بفعالية) ، (ب) زيادة الثقة بالذات لدى
الباحثين عن عمل ، (ج) التدريب على التحصين ضد الضغط النفسي لتدبير أعباء ما قبل التوظيف ، والعثرات
المرتبطة بذلك . وقد بينت الدراسات أن المشاركين في برنامج "أعمال" الذين لم يحصلوا على عمل أثناء فترة
المتابعة ، أظهروا مستويات أعلى من الثقة بالذات فيما يتعلق ببحثهم عن عمل ، وإحساساً أكبر بالفعالية الذاتية
مقارنةً بأولئك الذين لم يشاركوا وما يزالون عاطلين عن العمل . إضافة إلى ذلك ، فمن بين أولئك المعرضين بقدر
أكبر للإصابة بالاكتئاب ، فقد ذكر المشاركون منهم في البرنامج مستويات أقل من الأعراض الاكتئابية في فترة
المتابعة . وهناك نتائج إضافية أخرى تستحق الذكر : إذ حصل المشاركون في برنامج "أعمال" على وظائف بشكل
أسرع ، وقد ازدادت احتمالات حصولهم على وظائف أفضل (ضمن نطاق اهتماماتهم) وكانوا أكثر استقراراً فيها ،
مقارنةً بأولئك الذين لم يشاركوا . وأخيراً ، يبدو أن برنامج "أعمال" فعال من حيث الكلفة . فالمؤشرات
الاقتصادية تدل على أن تكاليف البرنامج يمكن تعويضها من خلال ما سيدفعه المشاركون لاحقاً من دخلهم أثناء
حياتهم ، للحكومات الفدرالية والولايات (من خلال دفع الضرائب) .

يمثل هذا النوع من الوقاية تلك الإجراءات التي لا تبستعد عن الطرق التقليدية في تدبر مشكلات الصحة النفسية . وتتضح فكرة الوقاية الأولية في تركيز كاپلان (Caplan, 1964) على "مقاومة قوى وظروف مضرّة ، قبل أن تسنح لها الفرصة بإنتاج المرض" (ص 26) . وعلى أية حال ، يشير ألبى (Albee, 1986) إلى أن المشكلات الإنسانية وتعقيداتها عادةً ما تتطلب أساليب وقائية تعتمد على التغيير الاجتماعي ، وإعادة تنظيم القوى في المجتمع . إلا أن هذا المنظور ليس مستساغاً إلى حد كبير بالنسبة للعديد من . ومن بين الأمثلة على الوقاية الأولية تلك البرامج التي تهدف إلى الحد من التمييز في العمل ، وتحسين المناهج المدرسية ، وتطوير الإسكان ، والتدريب على المهارات الوالدية ، وتقديم المساعدة للأطفال الذين يعيشون مع أحد الوالدين . كما يتضمن هذا العنوان برامج الإرشاد الوراثي (الجيني) ، والتدخل المبكر ، والعناية بالنساء في مرحلة ما قبل الولادة ، وبرامج نقل الوجبات على عجلات ، وتقديم وجبات الغذاء في المدرسة . وبين التوضيح 3-16 نتائج تحليل بعدي حديث ، يقيم فعالية الوقاية الأولية لبرامج الصحة النفسية للأطفال والمراهقين (Durlak & Wells, 1997) .

الوقاية الثانوية Secondary Prevention

وتشمل البرامج التي تدعم الكشف المبكر عن مشكلات الصحة النفسية ، والبدء بمعالجتها في مرحلة مبكرة ، بحيث لا تتطور لتصبح اضطرابات نفسية . والفكرة الأساسية من الوقاية الثانوية هي التصدي للمشكلات في الوقت الذي تكون فيه سهلة القياد ، وقبل أن تصبح مقاومة للتدخل العلاجي (Caplan, 1961; Sanford, 1965) . وغالباً ما يعتمد هذا المنحى إلى الفحص الأولي لأعداد كبيرة من الأشخاص . وهؤلاء الأشخاص لا يبحثون عن المساعدة ، بل وقد لا يبدو أنهم عرضة لأي خطر . ومثل هذا الفحص يمكن أن يقوم به العاملون في مختلف ميادين الخدمة المجتمعية (الأطباء ، المدرسون ، رجال الدين ، الشرطة ، موظفو المحاكم ، الأخصائيون الاجتماعيون ... إلخ) . ومن ثم ، فإن التقييم المبكر تتبعه بالطبع الحالات المناسبة .

ومن أمثلة الوقاية الثانوية ، القيام بالكشف المبكر عن الأفراد الذين يمكن أن يطوروا مشكلات كحولية ضارة ومعالجتهم (Alden, 1988) . ومن الأمثلة الأخرى أيضاً مشروع روشستر للصحة النفسية الأولية بمبادرة إيموري كوين (Emory Cowen) ، الذي بدأ عام 1957 . ويقوم هذا البرنامج بالفحص المنظم لأطفال المرحلة الابتدائية ، المعرضين لسوء التكيف في المدرسة . وقد عمل كوين وزملائه على تطوير برامج الكشف المبكر والوقاية المبكرة في عدد من الولايات (Cowen, Hightower, Johnson, Sarno, & Weisberg, 1989) .

قام ديرلاك وويلز (Durlak & Wells, 1997) بنشر مراجعة تحليل يعدي شملت 177 برنامجاً للوقاية الأولية، وتم وضعها للوقاية من المشكلات السلوكية والانفعالية والاجتماعية لدى الأطفال والمراهقين. وقد وجدوا أن هذه البرامج -في المعدل- تؤدي إلى نتائج إيجابية ذات دلالة. فقد أظهر المشاركون المتوسط مثلاً نتائج أفضل (أكثر تكيفاً) من 95% إلى 28% من أفراد المجموعة الضابطة. ووجد أن معظم برامج التدخل لا تؤدي إلى تقليل المشكلات فحسب، بل وتزيد أيضاً، وبشكل دال، من الكفاءات المتعلقة بعدد من المحددات الانفعالية/المشاعر والمعرفية والأكاديمية والسلوكية. وأخيراً، فقد وجد ديرلاك وويلز بشكل عام أن تلك الدراسات التي تولت جمع بيانات المتابعة وجدت أن هذه النتائج مستقرة عبر الزمن، وتبين هذه الدراسة أن مدى وإسعاداً من برامج الوقاية الأولية ناجعة بالفعل؛ أي أن الصحة النفسية للأطفال والمراهقين تتحسن بصورة ذات دلالة نتيجة للمشاركة في مثل هذه البرامج.

الوقاية الثالثة Tertiary Prevention

إن هدف الوقاية الثالثة هو التقليل من أمد الاضطرابات الانفعالية وآثارها السلبية بعد حدوثها. وهكذا، فالوقاية الثالثة تختلف عن الأولية والثانوية؛ إذ أن هدفها لا يتعلق بتقليل نسبة الحالات الجديدة من الاضطراب النفسي، بل الحدّ ما أمكن من آثار الاضطراب بعد تشخيصه.

ومن المسائل التي تحظى بتركيز رئيسي في العديد من برامج الوقاية الثالثة، مسألة إعادة التأهيل. ويمكن أن يتراوح ذلك من زيادة الكفاءة المهنية إلى تعزيز مفهوم الذات لدى العميل. والأساليب المستخدمة هنا قد تشمل الإرشاد، والتدريب على العمل، وما إلى ذلك. وسواء كان الهدف من البرنامج هو تعليم مهارات أفضل للعيش باستقلالية لأولئك الذين يعانون من تخلف عقلي، أو كان إحياء المهارات الاجتماعية لدى مريض مشخص بالفصام ثم تسريحه للتو من المستشفى، فإن الهدف هو الوقاية من حدوث مشكلات إضافية أخرى. وبالرغم من أن لغتها مختلفة قليلاً، فإن برامج الوقاية الثالثة لا تختلف كثيراً عن البرامج الموجهة نحو الشخص، والقائمة على فلسفة العجز. على أية حال، من المهم أن نتذكر أن جميع أنواع الوقاية تتميز بمحاولاتها الرامية للتقليل من نسب الاضطرابات النفسية أو المشكلات المتعلقة بها على مستوى مجتمعي (أو سكاني) واسع.

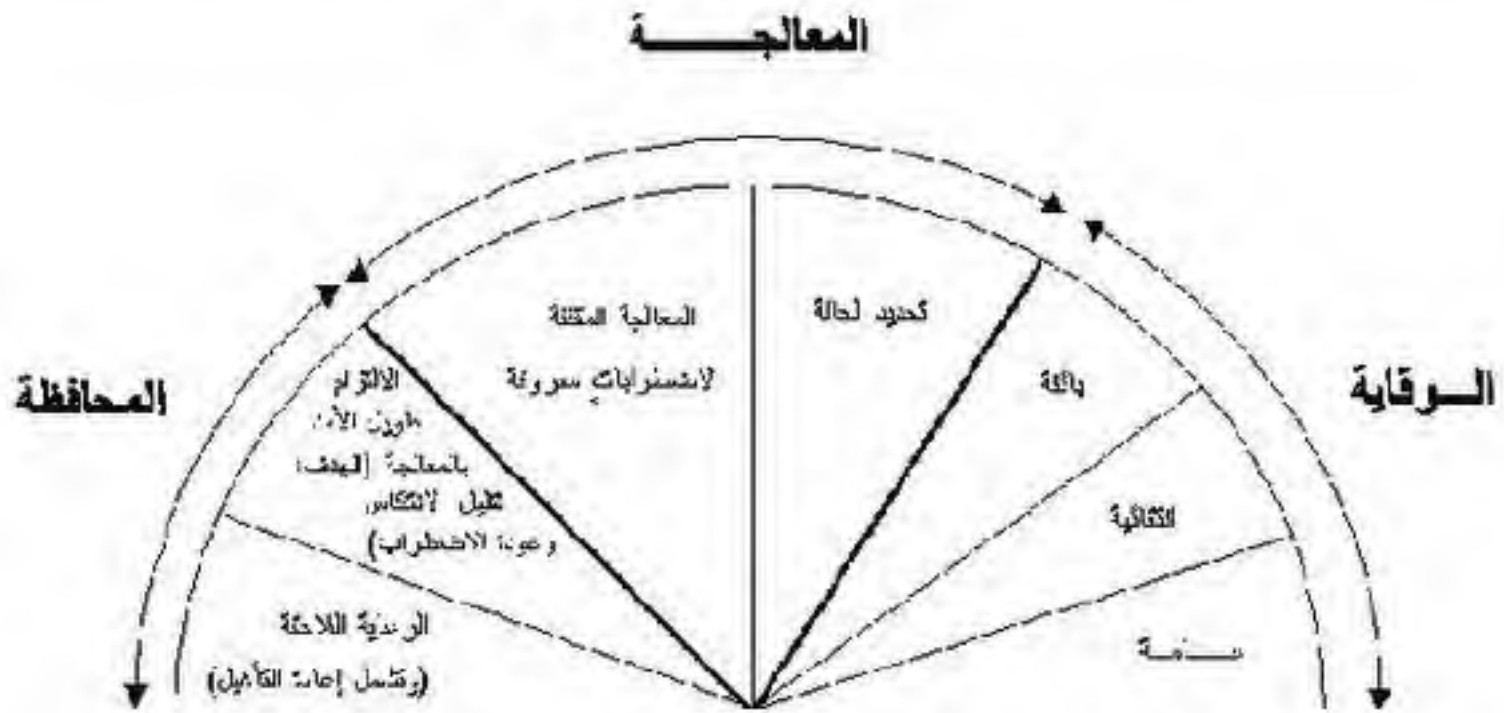
بالرغم من أن النموذج الوقائي التقليدي الأولي والثانوي والثالثي (Caplan, 1964) هو الأكثر شيوعاً ، فقد تم اقتراح عدد من الأطر التصنيفية البديلة (Orford, 1992). وكأحد الأمثلة على ذلك ، سنناقش باختصار إطاراً مقترحاً للوقاية من الاضطرابات النفسية ، جاء ضمن تقرير المعهد الطبي (Institute of Medicine-IOM) عام 1994 ، وهو تقليل احتمال الإصابة بالاضطرابات النفسية (Reducing Risks for Mental Disorders) . وهذا النموذج -الذي يتبنى المصطلحات التي قدمها ر. جوردون (R. Gordon, 1983, 1987) - يصنف التدخلات الوقائية إلى ثلاثة أنواع . فالتدخلات الوقائية العامة (universal preventive interventions) تستهدف جميع السكان ، وهذه التدخلات قد تكون مكلفة لأنها تُقدّم للجميع . أما التدخلات الوقائية الانتقائية (selective preventive interventions) فتستهدف الأشخاص أو المجموعات السكانية التي لديها يزيد لديها احتمالات تطوير اضطراب

معين عن المتوسط (سواء في المستقبل القريب أو البعيد) . ويتم تحديد هؤلاء المستهدفين على أساس العوامل البيولوجية أو النفسية ، أو عوامل الخطورة التي أظهرت ارتباطها بتطوير الاضطراب . وأخيراً ، هناك التدخلات الوقائية البائدة (indicated preventive interventions) التي تستهدف الأفراد المعرضين للاضطراب إلى حد كبير ، ويتم تحديدهم من خلال الكشف عن الأعراض التي تكون أدنى من عتبة الاضطراب ، أو من خلال الأعراض البيولوجية التي تشير إلى الاستعداد لتطوير الاضطراب .

وتتمثل قيمة هذا النموذج في أنه يضع كلاً من الوقاية والمعالجة والمحافظة على خطّ متصل ، يمثل سائر التدخلات المتعلقة بالاضطراب النفسي . فالوقاية تتم قبل تطوّر الاضطراب ؛ بينما يتم تطبيق المعالجة على أولئك الذين تنطبق عليهم (أو القريبين من) المحكّات التشخيصية لاضطراب ما ، أما المحافظة فتتضمن تلك التدخلات المقدمة للأفراد المشخصين باضطراب نفسي ، يحتاج إلى استمرار العناية بهم (Institute of Medicine, 1994) . ويبين الشكل 16-2 مفهوم هذا النموذج لأنواع التدخل هذه .

الشكل 16-2 الوقاية وفقاً لاستمرارية الخدمات المقدمة لتحديد احتياجات الصحة النفسية/العقلية

المصدر: Summery: Reducing Risks for Mental Disorders (1994), p. 8, Institute of Medicine, The National Academy of Science



أبحاث الوقاية Prevention Research

يُعد التخطيط لبرامج الوقاية وتطويرها وتقييمها عملية متعددة المراحل ، تتطلب سنوات من وقت المختص النفسي المجتمعي . ولتوجيه الأبحاث على مستوى الوقاية ، يوصي المعهد الطبي الأمريكي (1994) بسلسلة من الخطوات التي تركز على فهم برامج الأبحاث على مستوى التدخل الوقائي ، وتصميمها وتطبيقها وتقييمها ، وبين الشكل 16-3 هذه الخطوات . أولاً ، ينبغي تحديد المشكلة أو الاضطراب الذي سيستهدفه البرنامج بدقة ، إضافةً إلى تحديد مدى انتشاره وحدوثه وكلفته على المجتمع . بعد ذلك ، يتم تعريف عوامل الخطورة والحماية المتعلقة بالمشكلة أو الاضطراب ، ومراجعة الأبحاث المتوفرة حول الوقاية من هذه الحالات أو علاجها . ثانياً ، يتم تصميم الدراسات الاسترشادية المبدئية لتقييم فعالية التدخل الذي تم التخطيط له ، وإجراء تلك الدراسات . وتتضمن الخطوة الرابعة التخطيط لتجارب واسعة حول برنامج التدخل وتنفيذها . وأخيراً ، وإذا ما افترضنا أن تلك التجارب ولدت نتائج مشجعة ، يتم تطبيق البرنامج في المجتمع ، وإعادة تقييم فعاليته مرةً أخرى . وكما يمكننا أن نرى في الشكل 16-3 ، فإن هذه الخطوة الأخيرة لا تمثل نهاية العملية ، بل إن المعلومات المتعلقة بفعالية هذا التدخل في المجتمع (هل يؤدي إلى التقليل

من نسبة حدوث المشكلة أو الاضطراب؟) تؤدي إلى تعديل برنامج التدخل ، ومن ثم تتم إعادة الخطوات . وبهذه الطريقة ، يتم تحديث برامج الوقاية بناءً على هدف نهائي ، وهو تحسين فعاليتها .

التمكين Empowerment

في مناقشتهم لمسألة الفقر ، ركز جورين وجورين (Gurin & Gurin, 1970) على أهمية التوقعات المتدنية حول تحقيق أهداف ذات قيمة ، وتوقعات الضعف والعجز . وهذه الأفكار ترتبط بصورة وثيقة بأحد مفاهيم التعلم الاجتماعي ، والمسمى بمركز الضبط (Phares, 1976; Rotter, 1966) . وكما ذكر راباپورت (1977) :

إن المهم في هذا المتغير بالنسبة لعلم النفس المجتمعي ، ارتباطه بالفكرة الاجتماعية المتعلقة بالسيطرة والقوة وعكسها ، الاغتراب . ويعد مركز الضبط أحد المتغيرات القليلة في العلوم الاجتماعية ، الذي يمكن أن يُظهر علاقةً متسقة وثابتة ، تربط بين الأبحاث عبر مستويات التحليل (ص . 101) .

وبالنسبة لراباپورت (1981) ، فإن أحد الأهداف الرئيسية لعلم النفس المجتمعي هو الوقاية من الشعور بالعجز . وليس من السهل تحقيق هدف التمكين هذا ، كما أن المختصين بعلم النفس المجتمعي لم يحققوا النجاح الذي أملوا به هنا (Heller, 1990) . ويتساءل جستين وجيسون (Gesten & Jason, 1987) فيما إذا تم تطوير أية أساليب خاصة أو متميزة من خلال مفهوم التمكين . ومع ذلك ، فإن راباپورت (1981) يرى بشكل أساسي أن التقنيات التي تعزز إحساس الأشخاص بسيطرتهم على مصيرهم الخاص ، لها أفضلية حتى على مستوى المناحي الوقائية أو العلاجية . وتتراوح الأمثلة على محاولات تعزيز هذا الإحساس بالسيطرة ، من تقليل الإساءة إلى الأطفال والأزواج ، إلى استئصال النزعة إلى استغلال المرأة والعاملين المهاجرين وكبار السن ، إلى تقليل التحيز ضد المعاقين والمضطربين عقلياً .

وبالرغم من وضعه لمنحبي التمكين والوقاية ضد بعضهما بعضاً في البداية ، إلا أن راباپورت (1987) أخذ موقفاً أكثر اعتدالاً مؤخراً . فهو الآن يجيز احتمالات الاتساق (بدلاً من التناقض المباشر) ما بين التدخلات الوقائية والتمكين . على أية حال ، لتحقيق هذا الاحتمال ، ينبغي على التدخلات الوقائية أن تكون متعاونة ، وأن تُقدّم بأسلوب يتجنب النمط الأبوي الذي يصف بعض أنماط التفاعل التقليدية بين المعالج والعميل (Felner et al., 1983) .

جدول بالعرض

وهناك مفهوم آخر مهم في علم النفس المجتمعي ، وعلم النفس الإكلينيكي بشكل أعم ، ألا وهو التنوع أو الاختلاف . إن فهم التنوع الإنساني وتقديره ضروري بالنسبة لأخصائيي علم النفس المجتمعي (Trickett, 1996). وقد قدم دالتون وزملاؤه (Dalton et al., 2001) تسعة أبعاد للتنوع الإنساني التي ينبغي أخذها بعين الاعتبار :

■ الثقافة : بالرغم من صعوبة تعريفها بدقة ، تُعرّف الثقافة عادةً على أنها مجموعة المعايير أو التقاليد أو الأعراف ، التي يحاول المجتمع أو الجماعة تمريرها للأجيال الأصغر سناً ، أو للوافدين (المهاجرين إليها) .

■ العرق : بالرغم من التفكير به بالأصل على أساس اعتباره متغيراً بيولوجياً ، يُنظر إلى العرق في الوقت الحالي كمتغير نفسي أو اجتماعي ، مبني على محركات جسمية .

■ الإثنية : تتعلق الإثنية بالهوية الاجتماعية للفرد ، والتي يتأثر فيها الفرد بأسلافه وثقافته الأصلية ، أو ثقافته الحالية .

■ الجندر : من المفيد التمييز بين الجنس (المتغير البيولوجي) والجندر ، الذي يعدّ مجموعة من الافتراضات المحددة اجتماعياً ، والمتعلقة بسلوكيات المرأة والرجل ، واتجاهاتهما وأدوارهما .

■ التوجه الجنسي : ويتضمن الانجذاب الجنسي أو العاطفي تجاه أحد الجندين ، أو كليهما .

■ القدرة/العجز : يختلف الأفراد في مقدار معاناتهم من العجز العقلي أو الجسدي .

■ العمر : من المهم أخذ العمر البيولوجي بالاعتبار ؛ لأن كل مجموعة عمرية لها اعتباراتها النفسية والجسمية المختلفة ، كما أن للتقدم في العمر أثره في علاقات الفرد مع أفراد أسرته ومجتمعه المحلي ومؤسساته .

■ الوضع الاجتماعي الاقتصادي/الطبقة الاجتماعية : من المهم أخذ الطبقة الاجتماعية بعين الاعتبار ، لأن هذا البعد من أبعاد التنوع يؤثر في هوية الفرد وفي علاقاته وفرصه التعليمية والاقتصادية ، إضافةً إلى متغيرات نفسية أخرى .

■ الدين والروحانيات : يرتبط بحث المرء عن معنى في الحياة بالثقافة والإثنية ؛ فمن غير الممكن فهم ثقافة ما دون تقدير الأنماط الدينية والروحية السائدة .

وعلى المختصين في علم النفس المجتمعي أن يطوروا الكفاءة الثقافية والمعرفة بالتنوع الإنساني التي تتيح لهم تخطيط البرامج المجتمعية وتأسيسها بشكل ملائم .

لطالما كان المعنى الضمني للاستراتيجية التقليدية في التدخل هو أن المرء يتحمل مسؤولية تحليه بصحة جيدة من خلال جهوده الذاتية فقط ، وحين تفشل هذه الجهود وتعتل الصحة ، نراه يسعى لزيارة مركز شامل للصحة النفسية ، طلباً للمساعدة الإكلينيكية . أما أخصائي علم النفس المجتمعي فيسعى إلى إعادة بناء الأدوار والمنظمات الاجتماعية . فعلى سبيل المثال ، ولتقليل المشكلات الناجمة عن الجريمة والجروح ، يسعى أخصائي علم النفس المجتمعي إلى إحداث تغيير في المؤسسات والمنظمات الاجتماعية ، لإتاحة الفرص والمصادر للأشخاص الذين يحتمل أن يصبحوا مجرمين أو جانحين .

ومن الأفكار المتأصلة في استراتيجيات التدخل الاجتماعية ، تلك الفكرة التي تقول إن الأفراد الذين تُمنح لهم الفرص أو المصادر أو البدائل اللازمة ، فإنهم سيحلون مشكلاتهم بأنفسهم . ومن المعتقدات المتأصلة أيضاً أن للأفراد كفاءاتهم وقوتهم . فعندما تتغير البيئة أو يُتاح للأشخاص بذل طاقتهم في اتخاذ قراراتهم الخاصة ، فإن هذه الكفاءات والقدرات سوف تظهر . وهذا التركيز على الكفاءات بدلاً من العيوب يتيح للأخصائي أن يتحرك نحو إيجاد الانسجام والملاءمة بين الشخص والبيئة ، بدلاً من تغيير طرف واحد منهما ؛ وهو الشخص المصاب ، بحيث يتوافق مع البيئة الملائمة كما تحددها قيم الأغلبية .

لوم الضحية Blaming The Victim

ويمثل التباين ما بين لوم الضحية ولوم النظام المجتمعي ، أحد أهم الأفكار والجدليات التي أدت إلى ظهور استراتيجية التدخل الاجتماعي . وفي كتاب عظيم الأثر ، حاول ريان (Ryan, 1971) أن يسرق الأدلة على أن المجتمع ينظر إلى المحرومين اقتصادياً أو من تركوا الدراسة أو من أدمنوا المخدرات أو العاطلين عن العمل ، على أنهم أفراد فاشلون ، وأن شفاءهم يتطلب برامج علاجية للقراءة والإرشاد فيما يتعلق بالإدمان . . . إلخ . ووفقاً لريان ، فالمجتمع بذلك يخطئ الهدف ، ويغفل حقيقة وجود بيئات اجتماعية سيئة . فمشكلات هؤلاء الأشخاص ليست إكلينيكية ، بل هي مجتمعية - اجتماعية .

لماذا هذا النزوع الواضح والشديد للإلقاء المسؤولية على المحرومين من الأفراد ، بدلاً من إلقائها على المجتمع أو البيئة ؟ يشير كابلان ونيلسون (Caplan & Nelson, 1973) إلى عدة أسباب :

- مثل هذه التفسيرات تعفي الحكومة والمؤسسات الثقافية من اللوم .
- بالتالي ، لا يمكن أن تُلقى على المؤسسات مسؤولية "حل" المشكلة .

■ إلقاء المسؤولية على الفرد يعطي درجةً من الشرعية لمحاولات التدخل على مستوى الشخص (كما هو شائع في علم النفس الإكلينيكي التقليدي) .

ويأمل كايلان ونيلسون (إضافةً إلى آخرين) بالتركيز على هذه العوامل ، والتي قد تفيد في التأثير على طريقة تصورنا لأسباب المشكلات الاجتماعية . ونتيجةً لذلك ، قد نصبح أكثر قدرةً على مقاومة إغراءات "لوم الضحية" عندما لا يكون هنالك ما يبررها .

التركيز على أساليب التدخل The Focus on Intervention Strategies

ويتمثل أحد الفروق ما بين التوجه الإكلينيكي والمجتمعي في التركيز على استراتيجيات التدخل . فوفقاً لهيلر وزملائه (Heller et al., 1984) ، يمكن لمثل هذه الاستراتيجيات أن تتباين وفقاً لبعدين : البعد النظري (العجز مقابل الكفاءة) والبعد الإيكولوجي/البيئي (الفرد ، أو المؤسسة ، أو المجتمع المحلي) . ويلخص الجدول 2-16 طريقة عمل هذين البعدين .

أساليب التدخل والتغيير *Methods of Intervention and Change*

والآن ، سننتقل لمناقشة أساليب التدخل . وسنركز هنا على أنماط تقديم الخدمة .

الاستشارة *Consultation*

ما هي الاستشارة؟ يقدم أورفورد (Orford, 1992) التعريف التالي :

الاستشارة هي العملية التي من خلالها يقوم فردٌ ما (المُستشير) تُناط به مسؤولية تقديم خدمة ما للآخرين (العملاء) ، بالقدوم طوعياً لاستشارة شخص آخر (المُستشار) ، يُعتقد بأنه يمتلك خبرةً يمكن أن تُساعد المستشار على تقديم خدمات أفضل لعملائه (ص . 139) .

وفي عالم يفتقر إلى قدرٍ كافٍ من العاملين في ميدان الصحة النفسية ، فإن الميزة الأساسية للاستشارة هي أن آثارها تتضاعف كالموجات الناجمة عن إلقاء حجرٍ في بركة . فباستخدام تقنيات التدخل الفردي ، لا يستطيع أخصائيو الصحة النفسية أن يصلوا سوى إلى عدد محدود من العملاء فحسب . أما من خلال تقديم الاستشارة للقائمين على تقديم الخدمات للآخرين ، كالمعلمين وضباط الشرطة ورجال الدين ، فيمكنهم الوصول إلى عدد أكبر بكثير من العملاء بطريقة غير مباشرة (Orford, 1992) .

الجدول 16-2 أساليب التغيير كما يحددها التوجه النظري ومستوى التحليل

| مستوى التحليل | | | |
|---|---|---|---|
| التوجه النظري | الفردي | المؤسسي | المجتمعي |
| لعجز | العاجلات الجسمية لتصحيح اختلال التوازن البيوكيميائي أو الفسيولوجي . | العلاج النفسي الجمعي أو تدريب الحساسية لتصحيح الشكالات البين-شخصية . | الإيداع في مؤسسة ، أو المراكز الخاصة التي أنشئت للمسعاقين أو المضطربين انفعالياً . |
| الكفاءة | معظم أشكال العلاج السلوكي ، خصوصاً التدريب على المهارات . برامج الوقاية للأشخاص المعرضين للخطر . | التدريب والاستشارة لزيادة الكفاءة الوظيفية لأفراد المؤسسات . برامج الوقاية لتقليل الضغط المؤسسي وزيادة التدبير . | إيجاد أماكن جديدة وبرامج بديلة . برامج الوقاية على نطاق المجتمع ، لتقليل الضغط البيئي وزيادة كفاءة المواطن . |
| المصدر : مأخوذ من : Psychology and Community Changes of the Future (1984). K. Heller, R. H. Price, S. Reinhartz, S. Riger, and A. Wandersman. | | | |

ويمكن النظر إلى الاستشارة من عدة زوايا نظرية ، كل منها ينبثق من منظور تاريخي مختلف نوعاً ما (Brown & Schulte, 1987; Heller et al., 1984; Neitzel, Winett, MacDonald, & Davison, 1977; Orford, 1992). أولاً ، هنالك الاستشارات المتعلقة بالصحة النفسية ، والتي انبثقت من التقاليد التحليلية والسيكودينامية . والتي كانت تُمارس عادةً في المناطق الريفية أو الأقل تحضرًا ، حيث يوجد نقص في العاملين في مجال الصحة النفسية . لقد غدت الاستشارة أسلوباً في استخدام العاملين المتوافرين في المجتمع المحلي (كالمعلمين ورجال الدين) ، للمساعدة على حل مشكلات الصحة النفسية في مثل هذه المناطق . وهناك توجه ثانٍ انبثق عن التقليد السلوكي ؛ فلكي تُطبق تقنيات تعديل السلوك التي أظهرت نجاحاً في المختبر ، كان من الضروري الانتقال إلى مواقف الحياة الفعلية . وللقيام بذلك ، ينبغي تدريب الأشخاص المتواجدين في بيئة المريض (كالمنزل أو المدرسة) لتعزيز السلوكيات المرغوبة بصورة ملائمة . وبهذا ، أصبحت الاستشارة طريقة لتقديم هذا التدريب . أما التوجه الثالث فهو توجه تنظيمي مؤسسي ، يركز على تقديم الاستشارة في القطاع

الصناعي . إذ يعمل الأخصائيون النفسيون مع الإدارة أو مع قادة مجموعات العمل لتحسين الروح المعنوية والرضا الوظيفي ومستوى الإنتاجية ، أو التقليل من عدم الفعالية أو التغيب عن العمل أو الإدمان على الكحول ، أو غيرها من المشكلات .

أنواع الاستشارات المتعلقة بالصحة النفسية

Types of Mental Health Consultation

يمكن تصنيف مناحي تقديم الاستشارات المتعلقة بالصحة النفسية بطرق عديدة . ولربما كان التصنيف الأكثر قبولاً هو تصنيف كاپلان (Caplan, 1970) ، والذي يشمل الفئات التالية :

- 1 . الاستشارة المتمركزة حول العميل : وهنا يكون التركيز منصباً على مساعدة عميل أو مريض معين لحل مشكلة راهنة . فعلى سبيل المثال ، قد يُطلب من الإكلينيكي أن يقدم استشارة لأحد الزملاء حول مشكلة تشخيصية تختص بمريض معين .
- 2 . الاستشارة المتمركزة حول المستشار : وفي هذه الحالة ، يكون الهدف هو مساعدة المستشار على تحسين المهارات التي يحتاجها للتعامل مع الحالات في المستقبل . فعلى سبيل المثال ، قد يُنصح المعلم حول كيفية تعزيز السلوكيات بطريقة انتقائية للتقليل من الشغب داخل الصف .
- 3 . الاستشارة المتمركزة حول إدارة البرامج : وهي تهدف إلى مساعدة القائمين على إدارة أو قيادة برنامج معين . فقد يتم توظيف مُستشارٍ مثلاً لوضع " نظام إنذار مبكر " في المدارس ، لاكتشاف الحالات المحتملة من سوء التكيف .
- 4 . الاستشارة المتمركزة حول إدارة المستشار : والهدف هنا هو تحسين مهارات مدير ما ، على أمل أن يمكنه ذلك من القيام بوظائفه بشكل أفضل مستقبلاً . فعلى سبيل المثال ، يمكن للمستشار أن يراقب جماعةً للتدريب على الحساسية من المدراء ، لمساعدتهم على تحسين مهارات الاتصال لديهم .

التقنيات والمراحل Techniques and Phases

هناك عدة تقنيات عامة يمكنها تعزيز فعالية العملية الاستشارية . وفي معظم الحالات ، تنتقل عملية الاستشارة عبر المراحل التالية :

- 1 . مرحلة الدخول أو التحضير : وفي هذه المرحلة الأولية ، يتم العمل على التحديد الدقيق لطبيعة العلاقة الاستشارية والالتزامات المتبادلة .

- 2 . مرحلة الشروع أو التسخين : وفي هذه المرحلة يتم تكوين علاقة العمل .
- 3 . مرحلة العمل البديل : وتشمل هذه المرحلة تطوير حلولٍ واستراتيجيات محددة بديلة لحل المشكلة .
- 4 . الإنهاء : يتم الإنهاء عندما يتفق الطرفان على أنه لا ضرورة لمزيدٍ من الاستشارات .

ولسوء الحظ ، وجدت مراكز الصحة النفسية المجتمعية صعوبةً في تقديم خدمات الاستشارة ، وخصوصاً لمدارس المجتمع المحلي ومؤسساته ؛ إذ لم يكن الدعم المالي متوافراً (Iscoe & Harris, 1984) . والمثير حقاً في الأمر هو أن هنالك دعماً تجريبياً لفعالية الاستشارة (Duffy & Wong, 1996; Medway & Updike, 1985; Orford, 1992) .

البدايل المجتمعية للمستشفيات

Community Alternatives of Hospitalization

وكما ذكرنا سابقاً في هذا الفصل ، لطالما كانت المستشفيات النفسية موضوعاً لكثير من النقد . وبالرغم من أن هنالك دوماً فئات من المرضى الذين يتعذر إخراجهم من المستشفى ، إلا أن هذا لا يمنع وجود بدائل أخرى للنظام الحالي في الإدخال إلى المستشفيات ؛ وهي بدائل توفر للمرضى بيئات موجهة نحو تمكينهم من العودة إلى مواقعهم واستئناف مسؤولياتهم في المجتمع .

ومن الأمثلة على هذه البدائل : المأوى أو النزول الاجتماعي (Fairweather, Sanders, Maynard, & Cressler, 1966) الذي يشبه منازل منتصف الطريق (halfway houses) ، حيث يمكن للمرضى السابقين المزمين أن يتعلموا مهارات الحياة المستقلة . وقد كان برنامج ميندوتا (Marx, Test, & Stein, 1973) محاولةً رائدة لمساعدة المرضى الذين لم يكن يتم إطلاقهم سابقاً ، على إيجاد الوظائف وتعلّم مهارات الطبخ والتسوق . . . إلخ . وأخيراً ، هناك ما نلاحظه من شعبية متزايدة للمستشفيات النهارية ، التي غالباً ما تكون أكثر فعالية وأقل كلفةً من الأسلوب التقليدي ، والمتمثل بالإقامة في المستشفى على مدار الساعة .

التدخل في الطفولة المبكرة Intervention in Early Childhood

يدرك العاملون في ميادين الصحة العامة والصحة النفسية الأوضاع التعليمية غير المواتية التي يمر بها الفقراء . وبما يشير القلق ذلك الخوف من أن الحرمان المبكر في فترات النمو الحرجة ، سيكون له أثره على الطفل مدى الحياة . فالبيئات والخبرات الفقيرة في سنوات ما قبل المدرسة كفيلة بأن تؤدي

إلى تدهور أداء الطفل في المدرسة ، وبالتالي يصبح عرضةً لمدى واسع من المشكلات النفسية والقانونية والاجتماعية . ولكن إذا كان بالإمكان تطوير تدخلات مناسبة للأطفال في سنوات ما قبل المدرسة ، فإننا نكون قد قمنا بعمل وقائي حاسم حقاً .

برامج التدخل المبكر Head Start Programs

لقد قمنا بمناقشة برنامج بيرري للفرص الميسرة لأطفال ما قبل المدرسة في التوضيح 1-16 . على أية حال ، لربما كان البرنامج الأكثر شهرةً لمرحلة الطفولة المبكرة هو التدخل المبكر . ففي منتصف الستينيات من القرن المنصرم ، قام الرئيس جونسون بإيجاد ما سمي بمكتب الفرص الاقتصادية . وقد كان برنامج التدخل المبكر أحد البرامج التي تستهدف الأطفال المحرومين بشكل خاص . وقد صُمم بحيث يهيئ الأطفال القادمين من بيئات محرومة للمدرسة الابتدائية . ويتم التحكم ببرامج التدخل المبكر عن طريق المجتمع المحلي ، إلا أنها تحتاج إلى الالتزام بالتعليمات الفيدرالية العامة . وتختلف هذه البرامج من حيث عدد ساعات الدوام ، والأشهر (الصيف مقابل السنة كاملة) ، وخلفية المعلمات . . . إلخ . والتقنيات المستخدمة متنوعة أيضاً ، ولكن يتم التأكيد عادةً على مهارات التعلم الأساسية . كما تتم تلبية الاحتياجات الجسدية والطبية ، والتحضير العام للمدرسة والتكيف معها أيضاً .

التقييم Evaluation

ما مدى فعالية برامج الطفولة المبكرة هذه؟ لقد وجد جومبي وزملاؤه (Gomby, Lamer, Stevenson, Lewit, & Behman, 1995) أنه من المفيد التمييز بين البرامج التي تركز على الطفل وتلك التي تركز على الأسر . وفي الحالة الأولى يتم تقديم التدخلات للطفل مباشرةً؛ أما في الثانية فإن أفراد الأسرة (كالوالدين) هم الذين يتلقون التدريب ، أو يكونون هدفاً للتدخل .

وتؤدي المشاركة في البرامج التي تركز على الطفل إلى زيادة تبلغ حوالي 8 نقاط في متوسط نسبة الذكاء بمجرد انتهاء البرنامج (بالرغم من أن هذه الزيادة النسبية تتبدد عبر الزمن) ، مما يقلل من احتمال وضع الطفل في صفوف التربية الخاصة أو البقاء في صفه ، ويزيد من احتمالات إنهاء الطفل لدراسته الثانوية (Barnett, 1995; Gomby et al., 1995) . كما أظهر المشاركون في البرنامج وجود نتائج اجتماعية إيجابية لدى المشاركين ، شملت اتصالاً أقل بالجهاز القضائي والجنائي ، وعدداً أقل من الولادات خارج نطاق الزوجية ، ومتوسط دخل أعلى مقارنةً بغير المشاركين (Gomby et al., 1995; Yoshikawa, 1995) .

وبالرغم مما يبدو من تأثير كبير للبرامج التي تركز على الأسر في سلوك الوالدين مقارنةً بالبرامج التي تركز على الطفل ، فليس من الواضح مدى التأثير الإيجابي لهذه البرامج على الأطفال (Gomby et al., 1995; Yoshikawa, 1995) فليس محور التركيز فقط مختلفاً هنا ، بل شدته وتكراره أيضاً . ففي حالة التدخلات التي تركز على الأسر ، قد لا يتم تقديم الخدمات سوى مرة واحدة في الأسبوع .

مساعدة الذات Self-Help

لا تأتي جميع أشكال المساعدة من المختصين . فالجماعات غير الرسمية من المُساعدين يمكن أن تقدم دعماً قيماً قد يدرأ الحاجة إلى التدخل الاختصاصي . إضافةً إلى ذلك ، فمثل جماعات مساعدة الذات هذه ، كالمدمن المجهول (Alcohol Anonymous) ، والآباء دون شركاء (Parents Without Partners) ، وتشجيع الرضاعة الطبيعية (La Leche League) ، ومساعدة ذوي مدمني الكحول (Al-Anon) ، والعديد غيرها ، يمكنها أن تعمل كجزء فعال من المعالجة ، من قبل المهني الذي يقوم بالإحالة .

ما هي الاحتياجات التي تلبّيها جماعات المساعدة الذاتية؟ لقد ناقش أورفورد (Orford, 1992) ثمانية وظائف أولية لجماعات المساعدة الذاتية : (أ) توفير الدعم العاطفي للأفراد ، (ب) توفير نماذج يُحتذى بها ؛ أي أشخاص واجهوا في السابق المشكلات نفسها التي يعاني منها أفراد الجماعة ، وتغلبوا عليها ، (ج) توفير طرق لفهم مشكلات الأفراد ، (د) توفير معلومات مهمة وذات صلة ، (هـ) توفير أفكار جديدة حول كيفية تدبير المشكلات الموجودة ، (و) منح الأعضاء فرصة لمساعدة أفراد آخرين ، (ز) توفير علاقات اجتماعية ، و(ح) منح الأفراد إحساساً متزايداً بالسيطرة على مشكلاتهم .

من الواضح أن جماعات المساعدة الذاتية تؤدي عدة وظائف هامة لأفراد الجماعة . ولكن الأبحاث تشير إلى أنه ينبغي توفير المختصين ليقوموا بدور المستشارين لهذه الجماعات ، وذلك لكي تكون الجماعة فعالة إلى أقصى حد ممكن . ومع أنه لا ينبغي للمختصين أن يتحكموا بالمجموعة ، إلا أن عدم المشاركة بصورة تامة من جانب أخصائي علم النفس المجتمعي لا يبدو مفيداً أيضاً (Orford, 1992) . كما وُجد أن بعض الخصائص التنظيمية ترتبط بنجاح الجماعة ، بما فيها وجود درجة من النظام والقواعد للسيطرة على المجموعة ، إضافةً إلى ما لدى قادة الجماعات من قدرة ومعرفة (Maton, 1988) . ويمكن للأخصائي المجتمعي أن يلعب دوراً مهماً غير مباشر من خلال تقديم الاستشارات لقادة هذه الجماعات .

إحدى أكثر خصائص الحركة المجتمعية وضوحاً ، تتمثل في استخدامها للأشخاص العاديين الذين لم يتلقوا أي تدريب إكلينيكي رسمي ، أو شبه المختصين ، كمعالجين . لقد نزايد استخدام شبه المختصين في ميدان الصحة النفسية ، إلا أن هذا التوجه أثار جدلاً واسعاً . ففي مراجعة لـ 42 دراسة ، استنتج ديرلاك (Durlak, 1979) أن التعليم والتدريب المهني والخبرة ليست بالأمر الضرورية لكي يصبح الشخص مُساعداً فعالاً . على أية حال ، فقد خالف نايتزيل وفيشر (Nietzel & Fisher, 1981) هذا الاستنتاج ، وحذراً من تلك الدراسات التي راجعها ديرلاك . إذ يزعم أن العديد من الدراسات التي تضمنتها مراجعة ديرلاك تشوبها أخطاء منهجية ، كما اعترضاً على تعريفه لكل من "المختص" و"شبه المختص" . وفي ضوء هذه الانتقادات وغيرها ، قام هاتي وشاربلي وروجرز (Hattie, Sharply, Rogers, 1984) بإعادة تحليل للدراسات المتضمنة في مراجعة ديرلاك ، وقد جاءت نتائجهم متسقة مع نتائجه . وقد أدت النتائج الكلية إلى تفضيل شبه المختصين ، خصوصاً أولئك الأكثر خبرة والذين تلقوا قدراً أكبر من التدريب . كما تشير الملخصات الحديثة أيضاً إلى أن الدلائل المتوافرة توحي بأن شبه المختصين قد يكونون بنفس فعالية المختصين (وفي بعض الأحيان أكثر فعالية منهم) (e.g., Christensen & Jacobson, 1994).

وإلى جانب الفعالية ، هنالك أيضاً مسألة سهولة الوصول إلى أولئك الذين يقدمون المساعدة . وسواء أعجبنا ذلك أم لا ، فإن معظم الأشخاص الذين هم بحاجة إلى خدمات الصحة النفسية لا يبحثون عن المختصين النفسيين . وبدلاً من ذلك ، يُمارس "العلاج النفسي" غير الرسمي في العديد من الأطر ، حيث يقدمه أشخاص عاديون متنوعون . فعلى سبيل المثال ، في مجموعة من الدراسات المثيرة للاهتمام والاستفزاز ، قام كوين (Cowen, 1982) بدراسة "السلوك المُساعد" الذي يقوم به مصففو الشعر وسُقاة الحانات . فأشارت النتائج إلى أن نسبة قليلة لكنها دالة من زبائنهم تحدثوا عن مشكلات شخصية من متوسطة إلى خطيرة ، وأن كلا الفئتين قامت بمحاولات مختلفة للتدخل العلاجي (مثل الاستماع فحسب ، ومحاولة تقديم الدعم والتعاطف ، وطرح البدائل) . وينظر العديد من أخصائيي علم النفس المجتمعي إلى هذه الدراسات وغيرها كدليل يدعم الفكرة القائلة إن برامج الاستشارة يمكن أن تستهدف الأشخاص العاديين الذين يتواصلون بشكل طبيعي مع الأفراد ذوي الاحتياجات النفسية . وقد لا يكون بالإمكان تناول مثل هذه الاحتياجات بشكل آخر ، لأنه من غير المحتمل أن يسعى الأفراد المُستهدفون بطلب المساعدة من مهنيين في مجال الصحة النفسية .



د. ديفيد دوبوا

David DuBois, Ph.D.

(قسم علم النفس ، جامعة ميسوري)

د. ديفيد دوبوا هو أحد الأساتذة المساعدين في علوم الصحة المجتمعية ، في كلية الصحة العامة بجامعة إلينويس في شيكاغو . حصل على شهادة البكالوريوس في علم النفس والاقتصاد من جامعة أوبرلين ، وعلى الدكتوراة في علم النفس الإكلينيكي - المجتمعي من جامعة إلينويس من أوبرانا شامبين . وقد تخصص د. دوبوا في علم نفس الأطفال الإكلينيكي وعلم النفس المجتمعي . وركزت أبحاثه في ميدان علم النفس المجتمعي على الوقاية الأولية من مشكلات الصحة النفسية لدى الأطفال والمراهقين . وألف الدكتور دوبوا عدداً من المقالات المختلفة حول مواضيع مثل : تقدير الذات وعلاقات الإشراف والتوجيه أثناء الطفولة والمراهقة ، عوامل الخطورة والقدرة على التكيف لدى الشباب المحرومين اقتصادياً ، وبرامج التدخل الوقائي المجتمعية لكل من الأطفال والمراهقين والأسر . إضافة إلى سعيه الدراسي ، فإن د. دوبوا عضو ناشط في المجتمع ، ويعمل كمستشار لأنظمة المدارس العامة ، ولعدد من البرامج المجتمعية للشباب .

وقد أجاب د. دوبوا عن عدد من الأسئلة التي طرحناها فيما يتعلق بخلفيته واهتماماته وتقييمه لميدان علم النفس المجتمعي .

■ ما الذي أثار اهتمامك ابتداءً بميدان علم النفس الإكلينيكي؟

هنالك سببان أوليان أثارا اهتمامي بميدان علم النفس الإكلينيكي . أولاً ، كتاب يافع ، وجدت في نفسي اهتماماً عميقاً برفاء الآخرين ، وبالتالي كنت مدفوعاً للقيام بما يمكنني فعله لأقوم بتأثير بسيط نحو الأفضل في العالم من حولي ، ولكنه تأثير فعال . أعترف أن هذا كله يبدو ساذجاً ، ولكن تلك هي المشاعر الصادقة التي كنت أحملها آنذاك ، والتي ما أزال أحملها ليوم . ثانياً ، لقد نزعرت مولعاً بالعلم في سن صغيرة نسبياً ؛ أي أنني كنت أجد المتعة في تطوير النظريات ومن ثم اختبارها ، والتي تدور حول لماذا تعمل الأشياء بالطريقة التي تعمل بها . وجمع الأمرين معاً ، سرعان ما وجدت نفسي في الكلية أهتم بالعلم الذي يبحث في طريقة تفكير الناس وشعورهم ، وكيف يمكن لذلك أن يقود إلى فهم أفضل (وكان ذلك ذا أهمية حاسمة بالنسبة لي) ، بل وإلى زيادة السعادة وجعل الحياة أكثر إيجابية للناس في العالم "الحقيقي" ، عندما يتم تطبيق المعرفة الجديدة بطرق مفيدة . بالطبع ، هنالك عدة طرق للمساعدة كي يكون العالم مكاناً أفضل من خلال مجالات عملنا ، ولكن يبدو أن لدي استعداداً وقدرة طبيعية في علم النفس . ومشحوناً بقيمسي الخاصة وبالتشجيع الذي حصلت عليه من مؤجّهيّ المختلفين ، لم يمض وقت طویل حتى توجّهت نحو العمل في ميدان علم النفس الإكلينيكي .

■ صف لنا ماهية الأنشطة التي تقوم بها كأخصائي إكلينيكي .

في الوقت الحالي ، أمضي معظم وقتي في إجراء الأبحاث لتطبيقية ، ولأثني في كلية لصحة العامة ، فهناك تركيز شديد وقوي على التعاون مع جماعات المجتمع وبراسجه على مستوى الأبحاث ، فمشاريع البحث الحالية التي أقوم بها مثلاً ، تشمل التقييم التجريبي للتدخلات الوقائية التي تتم بالتعاون مع نظام مدرسي محلي ، ومع منظمة لإرشاد الشباب على أساس مجتمعي . كما أُنِي أدرّس مساقات على مستوى الدراسات العليا في التشيف والتعزيز الصحي ، وأنصح طلبة الماجستير والدكتوراة حول الصحة العامة . إضافة إلى ذلك ، أقوم بشكل منتظم بتقديم الاستشارات وإعداد ورشات العمل على المستويات المحلية والولائية والوطنية للمنظمات التي تخدم الشباب ، وغيرها من المجموعات المختصة ، وذلك حول مواضيع مثل تصور الذات وتوجيه الشباب . وبالنسبة لي ، فإن القاسم المشترك لجميع هذه الأنشطة هو البحث . فإذا لم أقم بإجراء الأبحاث بنفسي فعلياً ، فأنا محظوظ لكوني -عندما أقوم بالتدريس مثلاً- أشاطر الطلبة نتائج الأبحاث الحديثة والمثيرة ، أو حتى ما هو أفضل : أساعدهم على تعلّم كيفية إجراء أبحاثهم الخاصة . وبصورة مثالية ، عندما أعمل كمستشار ، فإن تركيزي ينصبّ على طرق استخدام نتائج الأبحاث وأساليبها لتوثيق فعالية الخدمات وتحسينها .

■ ما هي مجالات تخصصك الدقيق أو اهتماماتك الدقيقة؟

مجالات تخصصي الدقيق هي علم نفس الأطفال الإكلينيكي والوقاية الأولية . وبشكل أساسي ، فإنني مهتم باكتشاف العوامل التي تقلل من احتمال تطوير الأطفال والمراهقين لمشكلات تتعلق بالصحة النفسية ، سواء أثناء نموهم أو لاحقاً في رشدهم . ولكن من المهم أيضاً بالنسبة لي ، ترجمة المعرفة الجديدة إلى برامج وتدخلات يمكن تطبيقها على مدى واسع ، بمجرد أن يتم تقسيمها وبيان فعاليتها . ويركز بحثي الحالي بشكل خاص على تصور الذات والعلاقات الإرشادية . وقد أظهرت البرامج المصممة للارتفاع بكل من هذه العوامل بشائر لكونها أساليب فعالة في تحديد مدى واسع من مسائل الصحة النفسية التي تؤثر على الشباب ، بما فيها الصعوبات الانفعالية مثل الاكتئاب والميول الانتحارية ، والمشكلات السلوكية كالجنوح والإدمان على المواد . على أية حال ، في العديد من الأحيان لم تُظهر برامج تصور الذات والتوجيه أنها تقدم فوائد متوقعة . ويُحاول بحثي توفير الدعم التجريبي لـ "الممارسات الأفضل" لمثل هذه البرامج ، تماماً كالطريقة التي يقوم فيها الباحثون في ميدان العلاج النفسي بفحص المعالجات المثبتة تجريبياً .

■ ما هي التوجهات المستقبلية التي تتوقعها لعلم النفس الإكلينيكي؟

التوجه المستقبلي الأكثر أهمية الذي أراه لعلم النفس الإكلينيكي هو تزايد التركيز على مؤسسات البحث . ومواء كانت تقدم خدمات علاجية في العيادة أو برامج التدخل لوقائي في المجتمع ، فإن الخاصية الأساسية التي تميز أخصائي علم النفس الإكلينيكي عن غيره من أخصائيي الصحة النفسية ، هي تلك المجموعة من المهارات التي يمتلكها في استخدامه للبحث في توجيه أنشطته بحيث تكون أكثر فعالية . وفي عصر إدارة الرعاية الصحية وتنامي المنافسة على تمويل الأبحاث ، يمكننا -بل وينبغي علينا- أن نستخدم هذه القوة المميّزة لمبدأنا لكي نؤسس مكانة مرموقة لأنفسنا ونقدّم إسهامات قيمة بشكل متميز ، ليس على مستوى معالجة الاضطرابات النفسية لدى الأفراد فحسب ، بل وعلى مستوى الوقاية الصحية النفسية ، والصعوبات المتعلقة بها لدى المجتمعات بشكل عام .

■ ما هي بعض التوجهات المستقبلية التي نتوقعها لعلم النفس المجتمعي؟

سيكون لدى علم النفس المجتمعي الكثير ليقدمه في السنوات القليلة القادمة ، مثل البحث عن طرق للتعامل مع مشكلات الصحة النفسية بفعالية وبتجدي اقتصادي . وبالرغم من أنه ليس من الضروري أن تكون مثل هذه الطرق قد تطورت (في ضوء عوامل الكلفة بشكل أساسي) ؛ فمن المتوقع لتطورات مثل المساعدات من شبه المتخصصين وجماعات الدعم المتبادل أن تصبح جزءاً أكثر أهمية في إطار معالجات الصحة النفسية التقليدية ؛ إذ يُنظر إليها على أنها بدائل حيوية واقتصادية للاعتماد الكلي على تقديم الخدمات من قبل أخصائيي الصحة النفسية . وبالقدر الذي يُظهر فيه التدخلات الوقائية نسباً مقبولة من حيث الجدوى (وقد كانت الأبحاث الحديثة مُشجعة من هذه الناحية) ، فمن المحتمل أن تتوسع أيضاً بقاعدة واسعة من الدعم ، والذي لا يشمل النشطاء الاجتماعيين فحسب ، بل والرؤساء التنفيذيين في مؤسسات إدارة الرعاية الصحية ومع تناسي متطلبات مجتمعتنا بالتعامل الفعال مع مسائل التباين الثقافي ، سيكون علم النفس المجتمعي أيضاً في موقع يقدم فيه إسهاماً قيماً للتأكد من أن الأشخاص والمجموعات من خلفيات مختلفة يمكنهم العمل والعيش معاً بطرق تعزز الصحة النفسية الإيجابية والعافية .

ومع أنه من غير الحكمة الاعتقاد بعدم ضرورة الأخصائيين الإكلينكيين المُدرّبين مهنيّاً ، إلا أنه من الواضح أيضاً أن هنالك دوراً حيوياً لشبه المتخصصين في ميدان الصحة النفسية في الوقت الحالي ؛ فهنالك حاجة للأخصائيين النفسيين ، كمستشارين على أقل تقدير . إضافةً إلى ذلك ، فقد تشير الأبحاث في النهاية إلى أن أنواعاً معينة من المشكلات النفسية تستجيب بشكل أفضل للخدمات التي يقدمها أخصائيي الصحة النفسية . على أية حال ، فحتى يومنا هذا ، فإن الأسئلة البحثية التي تم تناولها (مثل : هل شبه المتخصصين فعالون بصورة عامة؟) هي من الاتساع بحيث بالكاد تلقي ضوءاً على هذه المسألة .

تعليقات ختامية Concluding Comments

خلال فترة قصيرة نسبياً ، أصبح التوجه المجتمعي قوةً أدت بالأخصائيين الإكلينكيين إلى إعادة النظر في العديد من افتراضاتهم السابقة . ولكن هناك بعض الأسئلة المهمة التي علينا التصدي لها مع اختتام مناقشتنا لهذا الميدان .

الأسئلة المتعلقة بالفعالية Questions of Effectiveness

منذ سنوات عديدة ، أثار كوين (Cowen, 1967, 1973, 1978) سؤالاً يتعلق بمدى ما أنجزته حركة علم النفس المجتمعي ، وفيما إذا كان أكثر مما حققته توجهات الصحة النفسية التقليدية . والسؤال هو

ما إذا كانت لغة الإثارة والشعارات تخفي في طياتها أمراً ليس في حقيقته أكثر من مجرد تغيير طفيف . فعلى سبيل المثال ، لم يجد كوين (Cowen, 1973) في مجلة الصحة النفسية المجتمعية سوى عدد قليل نسبياً من الأبحاث ، التي قدّمت بيانات ملموسة . كما فشلت هذه الأبحاث بشكل ملحوظ في تناول مسائل الوقاية ، والتي تعدّ مركزية في التوجه المجتمعي . ولقد صرّح رابابورت (Rappaport, 1977) بعدم وجود دليل فعلي يشير إلى أن المجتمعات المحلية الأميركية أظهرت تحسناً من حيث الصحة النفسية . بل وقد ذهب إلى أبعد من ذلك ، حين أشار إلى أن أكبر إنجاز لحركة الصحة النفسية المجتمعية ، لربما يكون فتحها لفرص عمل جديدة لأشخاص لم يكونوا في السابق جزءاً من هذه الحركة .

ومع أن الشعـارات فاقت التطبيق الفعلي لبرامج التدخل الوقائي على مدى السنين (Iscoe & Harris, 1984) ، إلا أن التدخل يبقى حجر أساس للحركة المجتمعية . على أية حال ، يبقى السؤال التالي مطروحاً : هل هذا الميدان فعلياً على قدر كافٍ من الإحاطة بأسباب مشكلات الصحة النفسية ، بحيث يقوم بتطبيق ناجح وواسع المدى للبرامج الوقائية؟ لحسن الحظ ، فإن التقارير الحديثة التي قيّمت فعالية مدى واسع من البرامج الوقائية تفودنا إلى حالة من التفاؤل الحذر (e.g., Durlack & Wells, 1997; Felner, DuBois, & Adan, 1991; Institute of Medicine, 1994) . وبينما جاءت بعض التقارير الأولى المتعلقة بفعالية البرامج الوقائية مُحبطة ومخيبة للآمال ، إلا أن أخصائيي علم النفس المجتمعي استطاعوا الاستفادة والتعلم من ذلك الفشل ، وإدخال تغييرات على البرامج الجديدة (Felner et al., 1991) . فعلى سبيل المثال ، ازداد التركيز على تعديل العمليات النفسية الكامنة وراء اضطرابات نفسية مختلفة ، وتمّ تصميم التدخلات بحيث تكون أكثر تركيزاً وتمتد لفترات زمنية أطول . ويستعرض التقرير الحديث الصادر عن المعهد الطبي (1994) حول الوقاية من الأمراض النفسية ، مجموعة من 39 برنامجاً ممثلاً للتدخل الوقائي (بفعالية مؤكدة) ، استهدف كلا من : الرضّع ، الأطفال في سن ما قبل المدرسة ، الأطفال في المرحلة الابتدائية ، المراهقين ، الراشدين ، وكبار السن .

وتبقى المسألة هي التحقق من التطبيق . فعلى سبيل المثال ، هنالك أسئلة حول الطريقة التي ينبغي من خلالها تقديم البرامج الوقائية ، ومن قبل من ، وكيفية المحافظة على البرامج عبر الزمن (مسائل التمويل) ، والحاجة إلى تدريب مزيد من الباحثين المؤهلين لتصميم التدخلات الوقائية وتطبيقها وتقييمها (Institute of Medicine, 1994; Orfod, 1992) . ويقدر تقرير المعهد الطبي الأميركي أن عدد الذين يدخلون مجال الوقاية في أميركا ، لا يتجاوز 10 خبراء سنوياً ، وأن هناك حاجة للبرامج التدريبية ، والمخصصات المالية الكافية لزيادة هذا العدد المتدني والمريع .

من الواضح أن الحركة المجتمعية تسعى إلى إحداث التغيير الاجتماعي وإعادة تنظيم المؤسسات الاجتماعية . والهدف من مثل هذه التغييرات واضحٌ دون شك : صحة نفسية أفضل للجميع . وإذا لم يلحظ القارئ ، فهذه العبارة الأخيرة تبدو وكأنها قيلت من قبل مرشح لمنصب عام ، نيابياً كان أو سياسياً . وبالفعل ، يرى بعضهم أنه إذا أراد أخصائيو علم النفس المجتمعي أن يحدثوا تغييراً اجتماعياً ، فعليهم أن يبادروا إلى ترشيح أنفسهم لمناصب سياسية . فأولئك الذين يحتلون مثل هذه المناصب يزعمون أن التغيير الاجتماعي -خصوصاً عندما يتحقق بتمويل حكومي- يصبح ظاهرة سياسية ، ينبغي أن تتم بتفويض شعبي عام .

ومن الواضح أن هنالك الكثير مما يمكن قوله لكلا الطرفين . فهناك خطرٌ في تبني ذلك الدور الضيق المؤيد للمريض بدلاً من تأييد الدور الأشمل للمجتمع الأوسع . كما أن تبني هذا الدور الضيق قد يصبح سبباً حقيقياً لتجاهل مشكلات المريض ، ولكن هنالك أيضاً خطرٌ كبير في أن تصبح مدافعاً سياسياً . والوضع الأمثل هو أن يقوم كل من القائم على الممارسة الفردية والمؤيد للتوجه المجتمعي ، بفحص دقيق لكل احتمالات النفع والضرر في موقفيهما .

تدريب أخصائيي علم النفس المجتمعي

The Training of Community Psychologists

في الوقت الحاضر ، يجد كثيرون صعوبة في فهم ماهية علم النفس المجتمعي بالتحديد . ولربما بسبب توجهه النظري متعدد التخصصات ، لم يقم أخصائيو علم النفس المجتمعي بعد بتطوير إطار نظري ملائم وقابل للتعريف بمعزل عن تلك التخصصات . وفي بعض الأحيان ، فإن هذا يخلق ارتباكاً في الأدوار . فالأخصائي النفسي هنا يمارس عدة أدوار ، فهو أخصائي اجتماعي ، وعالم سياسي ، ومعالج نفسي ، ووصي أيضاً ، وبالتالي فهو يفتقر إلى هوية محددة . ومثل هذا الغموض في الأدوار يجعل من الصعب تصميم برامج تدريب ملائمة .

ولحسن الحظ ، هناك بعض الخطوط الإرشادية للتدريب . فالنقرير الحديث الصادر عن المعهد الطبي (1994) يوصي بأن يكون لدى المختصين في الأبحاث الوقائية في المستقبل ، خلفية صلبة في تخصص ذي صلة (كالتمريض ، علم الاجتماع ، الخدمة الاجتماعية ، الصحة العامة ، علم الأوبئة ، الطب ، أو علم النفس الإكلينيكي/المجتمعي) . كما يؤكد على أهمية التدريب على تصميم التدخلات ، وإجراء التقييم التجريبي لها . وأخيراً ، يوصي التقرير أيضاً بخبرة تدريبية في مجال

الوقاية ، تشبه خبرة الإقامة التدريبية . والجدير بالذكر أن المتطلبات التعليمية للمتخصصين في مجال الوقاية (لأولئك الذين يقومون بتطبيق التدخلات) أقل تشدداً وصرامة ، وعادةً ما تكون درجة البكالوريوس في ميدان قريب الصلة (كعلم النفس) كافية .

وفي ضوء التنوع الثقافي والعنقي المتزايد في الولايات المتحدة ، من المهم أيضاً لأخصائي علم النفس المجتمعي أن يتلقوا تدريباً حول كيفية تأثر عملهم بمسائل التنوع هذه . فالمعرفة بالفروق الثقافية والإثنية وتناولها بحساسية مثلاً ، سوف تزودنا بالمعلومات اللازمة للقيام بالأنشطة والأدوار التالية من قبل الباحث الوقائي (Institute of Medicine, 1994):

- 1 . تطوير العلاقات مع قادة المجتمع والمؤسسات .
- 2 . فهم عوامل الخطورة المحتملة وتعريفها ، وكذلك الأحداث السابقة للمشكلات أو الاضطرابات .
- 3 . تطوير التدخلات الأعلى تأثيراً ، وتقرير كيفية نشرها ، وإيصالها إلى الفئات المستهدفة .
- 4 . تحديد محتوى أدوات التقييم وشكلها .

ولتحقيق "الكفاءة الثقافية" (Cross, Bazron, Dennis, & Isaacs, 1989; Isaacs & Benjamin, 1991) ، يحتاج أخصائي علم النفس المجتمعي إلى اكتساب الخبرات الاختصاصية ذات الصلة ، وذلك من خلال العمل مع جماعات ثقافية وإثنية مختلفة ، وأن يتلقى إشرافاً من أولئك الذين اكتسبوا خبرة طويلة في تصميم التدخلات وتطبيقها وتقييمها ، مع الأفراد الذين ينتمون إلى تلك الجماعات الثقافية والإثنية (Institute of Medicine, 1994) .

عصر إدارة الرعاية الصحية The Aged of Managed Care

من منطلق تركيزه على الوقاية من مشكلات الصحة النفسية ، إضافةً إلى التقارير الأولية التي تشير إلى جدوى هذه الجهود الوقائية (انظر التوضيح 16-1) ، فمن المرجح أن يلعب علم النفس المجتمعي دوراً أساسياً في تصميم التدخلات الموصى بها وتطبيقها ، والمدعومة من قبل مؤسسات إدارة الرعاية الصحية .

على أية حال ، فإن مستوى الدعم المالي لجهود الوقاية من مجموع مخصصات وأنشطة إدارة الرعاية ، سيرتبط بمدى قدرة الميدان على الاستمرار في حفظ وتوثيق فعالية هذه الأشكال من التدخل وجدواها . وبشكل عام ، هنالك عدة عوامل تؤثر في جدوى برنامج الوقاية : كلفة التدخل ، عدد التدخلات اللازمة لإحداث "التأثير" ، كلفة العاملين ، المدة اللازمة للتجربة الكافية ، وقدرة أخصائيي الوقاية في التعرف على الأفراد المعرضين للخطر ، وإدراجهم بكفاءة ودقة

(Institute of Medicine, 1994) . وكما نرى ، فإن هذه الاعتبارات معقدة ، ولا يمكن تناولها إلا من خلال دراسات الوقاية المنظمة ، والتي غالباً ما تستغرق وقتاً طويلاً .

إضافةً إلى برامج الوقاية ، هناك عدد من البرامج الأخرى التي ترتبط عادةً بعلم النفس المجتمعي والتي يمكن استخدامها للتقليل من كلفة خدمات الصحة النفسية ، بما فيها تدخل الطوارئ/الأزمات ، البدائل المجتمعية للمستشفيات ، وجماعات المساعدة الذاتية . وأخيراً ، فمن الأرجح أن يتم اللجوء إلى أخصائيي علم النفس المجتمعي للإفادة من خبراتهم في تخطيط التدخلات وتطبيقها .

مستقبل الوقاية The Future of Prevention

وفي ضوء هذه المبررات المنطقية المقنعة ، والفعالية الموثقة للجهود الوقائية في الآونة الأخيرة ، فمن الغريب ألا يتم تكريس المزيد من المصادر لهذه الأشكال من التدخل . وفي مقاله الكلاسيكي ذي الصلة ، يصف كوين (Cowen, 1983) عدداً من الحواجز وأشكال المقاومة لحركة الوقاية . وكبعض من الأمثلة ، فأولئك البعيدون عن الميدان قد ينفون متشككين لأن (أ) التركيز الاجتماعي والبيئي على التدخلات الوقائية يختلف فلسفياً عن التركيز التقليدي على المتغيرات الفردية ، التي يمارسها العديد من الأخصائيين الإكلينيكين ، (ب) الوقاية في جوهرها ينبغي أن تُنافس أشكالاً أكثر رسوخاً من التدخل (مثل العلاج الفردي "واحد لواحد") ، و(ج) قد تبدو برامج الوقاية غير عملية وعالية الكلفة (Cowen, 1983; Davison, Neale, & Kring, 2004) إضافةً إلى ذلك ، فقد عمل ميدان الوقاية نفسه كـ "عدو لنفسه" (Cowen, 1983) من خلال كونه أقل دقة فيما يتعلق بمصطلحاته ، وبطئه في توثيق فعالية التدخلات الوقائية ، وإهماله لتنسيق الجهود عبر البرامج (e.g., Hawkins & Catalano, 1992) .

ومن ناحية نموذجية ، يمكن تناول هذه المسائل بشكل كافٍ مستقبلاً ، بحيث تصبح تدخلات علم النفس المجتمعي أوسع استخداماً . ولربما ينبغي علينا أن نبدأ مستقبلاً بالتركيز على عوامل المعافاة (السواء) والصحة النفسية ، تماماً كتركيزنا على أسباب المرض النفسي ومعالجة الاضطرابات العقلية (Cowen, 1991) . وإذا كان الأمر كذلك ، فسندرك أهمية مفاهيم مثل الكفاءة ، والمرونة ، والوقاية ، وتعديل الأنظمة الاجتماعية ، والتمكين .

علم النفس المجتمعي منحى من مناحي الصحة النفسية ، يركز على دور القوى البيئية والمجتمعية في تطوير المشكلات والتخفيف منها . وينصب التركيز هنا على الوقاية من المشكلات بدلاً من الشفاء منها ، كما يحث الأفراد والمجتمعات على أخذ زمام المبادرة في التحكم بمشكلاتهم والسيطرة عليها ، بحيث تصبح التدخلات المهنية غير ضرورية . هناك عدد من المؤثرات التي قادت إلى تطور ميدان علم النفس المجتمعي ، ومنها : توصيات اللجنة المشتركة المفوضة بالإشراف على الصحة النفسية والأمراض عام 1955 ؛ وتشريع كينيدي لعام 1963 ، الذي عمل على توفير المخصصات اللازمة لإنشاء مراكز الصحة النفسية المجتمعية ؛ وحركة التقليل من اللجوء إلى المؤسسات النفسية التقليدية ؛ والنقص في أخصائيي الصحة النفسية ؛ إضافة إلى عدد من الأحداث الاجتماعية السياسية ، التي شهدتها ستينيات القرن العشرين .

هناك عدد من المفاهيم الأساسية في علم النفس المجتمعي . فالأنظمة الإيكولوجية يمكن تحليلها وفق واحد أو أكثر من عدة مستويات متداخلة تتدرج من مستوى الفرد إلى الأنظمة الكبرى (كمجتمع ما أو ثقافة) . إن مفهوم الصحة النفسية المجتمعية يشير إلى الاعتقاد بأن المجتمعات مسؤولة عن أفرادها ، وأن الصحة النفسية المجتمعية ينبغي أن توفر الخدمات المناسبة للوقاية من المشكلات ، ومساعدة المجتمع وأنظمتها للعمل بصورة أفضل . فأخصائيو علم النفس المجتمعي يركزون على الوقاية لأنهم يعتقدون بأنها ستكون أكثر فعالية وتأثيراً على المدى البعيد من المعالجة الفردية التي تبدأ عقب ظهور المشكلات . كما يركز أخصائيو علم النفس المجتمعي أيضاً على الاستراتيجيات الكفيلة بزيادة مستوى التمكين لدى الأفراد ؛ أي تعزيز إحساس الفرد بقدرته على التحكم بمصيره الخاص . ولكي نصل إلى فهم أفضل للمسائل والمشكلات ، وتكون تدخلاتنا فعالة ، لا بد لنا من معرفة الأبعاد المختلفة للتنوع الإنساني . هذا ، ويسعى أخصائيو علم النفس المجتمعي لإحداث تغيير إيجابي ، من خلال إعادة بناء الأدوار والمؤسسات الاجتماعية . وأخيراً ، فمن شأن زيادة البدائل والمصادر الإيجابية للأفراد أن تزيد من فرص نجاحهم ، وتحقيق الانسجام والتكامل بين الفرد والمجتمع .

وكثيراً ما يعمل أخصائيو علم النفس المجتمعي كمستشارين للأشخاص القائمين على تقديم خدمات الصحة النفسية ، والمعلمين ، ورجال الدين ، وغيرهم من العاملين في المجتمع ؛ وذلك من خلال توفير النصح والخبرة . وتشمل أنواع الخدمات الإضافية

التي يتولون تقديمها أو إدارتها : التدخل أثناء الطفولة والمراهقة ، جماعات المساعدة الذاتية ، والاستعانة بشبه المختصين لتوفير الخدمات لأفراد المجتمع .

وهكذا ، يبدو أن مستقبل علم النفس المجتمعي سيكون مشرقاً ؛ فقد أثبتت عدة برامج وقائية تأثيرها وفعاليتها ، كما حققت الاستشارة فعاليتها بالقدر نفسه . وتزايدت الأصوات التي تنادي بتدريب مزيد من المختصين بعلم النفس المجتمعي في مجال الوقاية . وأخيراً ، نشير إلى أنه من المرجح أن تزداد المطالبة بالمزيد من تلك التدخلات والبرامج ، التي تُصمَّم وتنفَّذ من قبل أخصائيي علم النفس المجتمعي ، وأن يُخصص لها الدعم المالي من قِبل مؤسسات إدارة الرعاية الصحية مستقبلاً .

المصطلحات:

■ الاستشارة المتمركزة حول العميل (client-centered case consultation): أحد أنواع الاستشارة في ميدان الصحة النفسية ، والتي تركز على المساعدة في حل مشكلة لعميل أو مريض معين .

■ الصحة النفسية المجتمعية (community mental health): حركةٌ ظهرت في خمسينيات القرن العشرين ، تنظر إلى مشكلات الصحة النفسية على أنها نتيجةٌ لفشل النظام الاجتماعي . وقد نادت هذه الحركة بسيطرة المجتمع المحلي على خدمات الصحة النفسية ، وتركيز الاهتمام على كلٍّ من الوقاية والكشف المبكر وتقديم الخدمات للأفراد الذين لا تصلهم الخدمات عادةً .

■ علم النفس المجتمعي (community psychology): منحىٌ نفسي يؤكد على دور القوى البيئية في خلق المشكلات والتخفيف منها . وهو علم وقائي أكثر من كونه علاجياً . إضافةً إلى ذلك ، فهو يميل إلى المواءمة ما بين الفرد والبيئة (بدلاً من عدم ملائمة أي منهما) ، ويركز على التعرف على مواطن القوة ، والمصادر الكامنة للأفراد والمجتمعات ، والعمل على تطويرها .

■ الاستشارة (consultation): العمل الذي يقوم من خلاله شخص يقدم خدمةً ما للآخرين (أو يشرف على تقديم الخدمات) بتوظيف المساعدة من شخص خبير ، بهدف تحسين هذه الخدمات .

■ الاستشارة المتمركزة حول إدارة المُستشير (consultee-centered administrative consultation): أحد أنواع الاستشارة في ميدان الصحة النفسية ، وتركز على مساعدة مديرٍ ما لتحسين مهاراته ، بحيث يكون قادراً على القيام بعمله بشكل أكثر فعالية مستقبلاً .

■ الاستشارة المتمركزة حول المُستشير (consultee-centered case consultation): أحد أنواع الاستشارة في ميدان الصحة النفسية ، وتركز على مساعدة المُستشير على تحسين المهارات التي يحتاجها للتعامل مع الحالات بفعالية مستقبلاً .

- **التنوع/الاختلاف (diversity):** أبعادٌ يختلف بها الأفراد . ومن المهم الوعي بهذه الاختلافات للوصول إلى فهم أفضل ، ولتقديم خدمات أفضل للأفراد .
- **التحليل الإيكولوجي/البيئي (ecological analysis) :** دراسة المسائل والمشكلات وفق مستويات مختلفة من النظام البيئي الإنساني ، والتي تتراوح من مستوى الفرد إلى مستوى الأنظمة الكبرى (كالثقافات أو المجتمعات) .
- **التمكين (empowerment) :** تزويد الفرد بإحساس بالسيطرة على مصيره الخاص ، أو تعزيز مشاعر السيطرة الموجودة لديه .
- **برامج التدخل المبكر (Head Start programs) :** وقاية أولية ، وبرامج للطفولة المبكرة مُصممة لتهيئة الأطفال في سن ما قبل المدرسة ، من الخلفيات المحرومة ، للمدرسة الابتدائية ؛ وذلك بالتركيز على مهارات التعلم الأساسية لديهم ، إضافةً إلى أمور أخرى .
- **التدخلات الوقائية البائنة (indicated preventive interventions) :** التدخلات الوقائية التي تستهدف الأفراد المعرضين لتطوير الاضطرابات بدرجة كبيرة (كما يتحدد من خلال وجود الأعراض التي تكون دون العتبة ، أو من خلال الإشارات الجسمية التي تشير إلى التهيؤ المسبق لتطوير الاضطراب) .
- **شبه المختصين (paraprofessionals):** أشخاصٌ لم يتلقوا تدريباً إكلينيكياً بشكل رسمي ، وتم تدريبهم بحيث يساعدون الأخصائيين العاملين في ميدان الصحة النفسية . ولقد تنامي استخدام شبه المختصين في علم النفس المجتمعي وفي ميدان الصحة النفسية ككل ، وتشير نتائج التحليلات البعيدة إلى أن شبه المختصين يمكن أن يكونوا فاعلين بقدر فعالية المختصين (أو أكثر فعالية أحياناً منهم) .
- **الوقاية (prevention) :** مبدأ يقول إن الأنشطة الوقائية ستكون أكثر فعاليةً وتأثيراً على المدى البعيد من المعالجة الفردية ، التي يتم تطبيقها فردياً بعد ظهور المرض أو المشكلات .
- **الوقاية الأولية (primary prevention) :** تصويب الأوضاع الخاطئة قبل نشوء مشكلات خطيرة نتيجة لتلك الأوضاع . وعادةً ما يستدعي تطبيق هذا النموذج الوقائي درجةً من التغيير الاجتماعي .
- **الاستشارة المتمركزة حول إدارة البرامج (program-centered administrative consultation) :** أحد أنواع الاستشارة في ميدان الصحة النفسية ، وتركز على مساعدة القائمين على إدارة برنامج معين أو قيادته .

■ الوقاية الثانوية (secondary prevention) : الكشف المبكر عن المشكلات وتصحيحها ، في الوقت الذي ما تزال فيه سهلة القياد للتدخل . وعادةً ما يتضمن هذا النموذج الوقائي فحص أعداد كبيرة من الأشخاص ، بمن فيهم الأشخاص الذين لا يسعون طلباً للمساعدة ، بل والذين لا يبدر أنهم معرضون للخطر .

■ التدخلات الوقائية الانتقائية (selective preventive interventions) : تدخلات وقائية تستهدف الأشخاص أو الفئات الفرعية من السكان ، التي لديها احتمال يزيد عن المتوسط لتطوير الاضطراب قيد الاهتمام (كما يحدده ظهور العوامل البيولوجية أو النفسية أو عوامل الخطورة) .

■ جماعات المساعدة الذاتية (self-help groups) : جماعات غير رسمية تقدم الدعم للأشخاص الذين يواجهون مشكلات معينة ، وقد تعفيهم من الحاجة إلى التدخل المختص . وتشمل وظائف جماعات المساعدة الذاتية توفير معلومات مهمة وذات صلة للأفراد ، وغايج يُحتذى بها (أشخاص واجهوا المشكلات قيد الاهتمام وتغلبوا عليها) ، والدعم العاطفي ، وأفكار للتدبير ، كما تعطي الأفراد إحساساً متزايداً بالسيطرة على مشكلاتهم .

■ الوقاية الثالثة (tertiary prevention) : تقليل المدة التي تستغرقها المشكلات وتأثيراتها السلبية بعد حدوثها . وكثيراً ما يتضمن هذا النموذج الوقائي إعادة التأهيل .

■ التدخلات الوقائية العامة (universal preventive interventions) : التدخلات الوقائية التي تستهدف السكان جميعاً .

الفصل السابع عشر

علم النفس الصحي والطب السلوكي

Health Psychology and Behavioral Medicine

- 1- ما هي العوامل التاريخية التي أسهمت في حركة تطور علم النفس الصحي؟
- 2- ما هي أساليب التدخل الأساسية التي يستخدمها المختصون في علم النفس الصحي؟
- 3- كيف تُستخدم تقنيات الوقاية في التصدي للمشكلات المرتبطة بالتدخين، والسمنة، وسوء استخدام الكحول أو الاعتماد عليه؟
- 4- ما هي الأساليب المستخدمة في مساعدة المرضى على تدبير الإجراءات الطبية والجراحية الصاعقة؟
- 5- ما هي المؤثرات الرئيسية التي من المتوقع أن تؤثر في مستقبل علم النفس الصحي؟

محتويات الفصل:

- التاريخ والمنظورات .
- أساليب التدخل .
- الوقاية من المشكلات الصحية .
- تطبيقات أخرى .
- علم النفس الصحي : توقعات مستقبلية .
- ملخص الفصل .

يبدو أن الجميع يدركون الآن أن أسلوب الحياة يؤثر في صحتنا وفي شعورنا بالعافية . فمعظم المشكلات الصحية في الولايات المتحدة الأميركية ترتبط بأمراض مزمنة (كأمراض القلب ، والسرطان ، والجلطة) ، وهذه الأمراض غالباً ما ترتبط بخيارات تتعلق بالسلوك أو نمط الحياة (مثل التدخين والإفراط في تناول الطعام) الذي يختاره الفرد (Brannon & Feist, 2004; Rice, 1998) . وعلى مر العقود الأربعة الماضية ، ارتفعت كلفة الرعاية الطبية إلى ما يزيد عن 13% من إجمالي الإنتاج المحلي في الولايات المتحدة (National Center for Health Statistics, 2001) . وقد دفع هذا العبء المالي المرتبط بالمشكلات الصحية بالعديد إلى إعادة تقييم أنماط حياتهم وسلوكهم . كما طرأ تحول في الوعي أيضاً ، حيث أصبحت الصحة ترتبط بخبرات الحياة الإيجابية ، وليس بمجرد غياب المرض (Brannon & Feist, 2004; Rice, 1998) . هذه التوجهات وغيرها قادت الأميركيين إلى توجيه مزيد من الاهتمام إلى تلك السلوكات وأنماط الحياة التي من شأنها أن تعزز الصحة ، وتقي من المرض .

وعلم النفس ، كونه علم السلوك ، لديه الكثير ليساهم به في مجال الصحة ، بما يساعد على سرعة نموه . إذ أصبح علم النفس الصحي واحداً من أهم تخصصات علم النفس الإكلينيكي . ولعل أحد الدلائل على أهمية هذا الميدان الجديد ، هو ظهور العديد من الكتب المنهجية والمرجعية ، التي تقدم تحليلاً مفصلاً لهذا الميدان ، وخلال فترة وجيزة ، أصبحت هذه الكتب والمراجع في علم النفس الصحي منتشرة على نطاق واسع (e.g., Brannon & Feist, 2004; Rice, 1998; S. E. Taylor, 1999) ، وكذلك الحال بالنسبة للكتب المنهجية التي تدور حول علم النفس الصحي (Belar & Deardorff, 1995; Camic & Knight, 1998) ، والمرأة والصحة (Blechman & Brownell, 1998) ، وعلم النفس الصحي للأطفال (Goreczny & Heren, 1999) إضافةً لذلك ، فقد ظهر عدد من الدوريات المختصة (بما فيها علم النفس الصحي (Health Psychology) ومجلة الطب السلوكي (Journal of Behavioral Medicine) التي تتضمن تقارير حول الأبحاث التي تُجرى في هذين الميدانين . وأخيراً ، بدأ علم النفس الصحي بتأسيس شعبة مستقلة له في الرابطة النفسية الأميركية (APA) ، الشعبة (38) ، كطريقة لنشر إسهامات أخصائيي علم النفس الصحي وتحسينها .

وبالرغم من تداخل سائر التخصصات الفرعية التي تركز على القضايا المتعلقة بالصحة ، سنركز هنا بشكل أساسي على مجالين من مجالات علم النفس ، هما : الطب السلوكي وعلم النفس الصحي . ولا يخفى على الدارس أن مثل هذه الصلة التي لا فكاك منها بين العقل والجسد قد لوحظت منذ بدايات الحضارة اليونانية القديمة على الأقل ، إلا أن مفهومَي الطب السلوكي وعلم النفس الصحي جاءا متأخرين ؛ إذ لم يبدأ بالتبلور حتى نهايات السبعينيات من القرن العشرين .

التعريفات *Definitions*

بالرغم من ظهور العديد من التعريفات مع الزمن (e.g., N. E. Miller, 1983; Schwartz & Weiss, 1977) ، فإن الطب السلوكي يشير بشكل أساسي إلى عملية الدمج ما بين العلوم السلوكية وعلم الطب وممارساته . وقد استخدم ماتارازو (Matarazzo, 1980) هذا المصطلح للإشارة إلى ذلك الميدان الواسع والمتداخل من البحث العلمي والتعليم والممارسة المرتبطة بالصحة والمرض والاضطرابات الوظيفية ذات العلاقة .

أما علم النفس الصحي فهو تخصصٌ ضمن علم النفس . وهو مصطلحٌ فرعيٌّ أكثر تخصصاً ، يشير إلى الدور الأساسي لعلم النفس كعلم وكمهنة في الطب السلوكي . ويشمل الممارسة والبحث والتدريس المرتبط بالبحث ، والذي يمارسه العديد من الأخصائيين النفسيين الاجتماعيين والصناعيين والفسولوجيين وغيرهم . وقد تم تعريف علم النفس الصحي بالتحديد على أنه :

مجمل الإسهامات التربوية والعلمية والمهنية التي يقدمها علم النفس لتحسين الصحة وإدامتها ، ولعلاج المرض والوقاية منه ، ولتحديد العوامل والأسباب المرضية والتشخيصية المرتبطة بالصحة والمرض والاختلالات الوظيفية ذي الصلة (Matarazzo, 1980, p. 815) .

وقد أُجري تعديل على هذا التعريف لاحقاً ليشمل أدوار مختلف الأخصائيين النفسيين المشاركين في رسم سياسات الصحة النفسية ، والمساهمين في أنظمة الرعاية الصحية (e.g., DeLeon, Frank, & Wedding, 1995) . وهناك تعريفٌ حديثٌ قدمه برانون وفيست (Brannon & Feist, 2004) لعلم النفس الصحي يدمج هذه الأدوار الجديدة ، وينص على أن علم النفس الصحي ميدانٌ "يشمل إسهامات علم النفس في مجالات تعزيز الصحة ، والوقاية من الأمراض وعلاجها ، والتعرف على عوامل الخطورة الصحية ، والتحسين من أنظمة الرعاية الصحية ، وتشكيل الرأي العام فيما يتعلق بالصحة" (ص 14) .

كما يرى رايس (Rice, 1998) ، هناك منظوران أساسيان أثر في نظرتنا إلى الصحة والمرض . أولهما التقليد البيولوجي (الحيوي) الطبي (biomedical tradition) الذي تطور مع الزمن بينما كان الإنسان يسعى للمعرفة عن طريق الخبرة والملاحظة . وقد كانت محاولاته الأولى بسيطة وغير دقيقة إلى حد ما (مثل اكتشاف فوائده الوخز بالإبر ، ونظرية أبيقراط حول الأمزجة التي تتناول المرض والمعالجة) ، إلا أن علماء البيولوجيا الطبية اللاحقين ركزوا على التشريح و"نظريات الجراثيم" ، وعلى الجينات أخيراً في محاولاتهم لتعريف الأمراض وفهمها . لكن هذه النزعة الغربية للتركيز التام على العوامل البيولوجية وتبني المنحى الاختزالي ، لا تخلو من المآخذ (Rice, 1998) . إذ يرى النقاد مثلاً أننا ما نزال نجهل ما الذي يسبب الأمراض ، بل ببساطة ، لقد اكتشفنا اختلالاً وظيفياً آخر على مستوى أدنى من التحليل (كالجزئيات الجينية) . إن الأبحاث البيولوجية الطبية قد تكون مفتونةً بالمتغيرات المرتبطة بالجوانب الجسمية (كالعمليات الجسمية الشاذة ، وسوء التوازن البيولوجي الكيميائي) لدرجة إهمال المتغيرات النفسية الاجتماعية . وأخيراً ، فهذا التقليد يعزز منظور ثنائية العقل والجسد ، وهي نظرة تقادمت وعفى عليها الزمن ، وتبين أنها محدودة الفائدة . هذا لا يعني القول إن التقليد البيولوجي الطبي لم يكن مهماً ، أو أنه لا يتصل بالطب والعلم وعلم النفس ؛ وإنما يعني أن النظرة البيولوجية الطبية المتزمتة تكون ضيقة جداً أحياناً ، بحيث لا تستطيع أن تقدم تفسيراً صحيحاً وملائماً للعديد من الأمراض التي نواجهها .

أما المنظور الثاني الذي أثر في نظرتنا للصحة والمرض ، فهو المنظور النفسي الاجتماعي (Rice, 1998) . فعلى مدى القرون ، أدركت الأدبيات الطبية أن العمليات النفسية والاجتماعية إما أن تسبب الأمراض والعلل ، أو أن تؤثر عليها . ومع أربعينيات القرن العشرين ، تم إدخال هذا التعميم الواسع في ميدان الطب النفسي الجسمي (psychosomatic medicine) ، المبني على الافتراض القائل بوجود حالات معينة من الأمراض والعلل الناجمة عن عوامل نفسية . وقد استطاع الباحثون (e.g., Alexander, 1950) التعرف على عدد من هذه الأمراض "النفسية الجسمية" ، ومنها القرحة المعوية وارتفاع ضغط الدم والربو الرئوي . وقد تم تقسيم الأمراض إلى أمراض تسببها عوامل "عضوية" أو جسمية ، وأخرى تسببها عوامل نفسية . وقد اعتقد بعض من تبناوا هذا المنظور أن وراء كل مرض نفسي جسمي ، ثمة صراع لا شعوري كامن ومحدد ؛ مما يجعل الفرد مهيباً للإصابة بالاضطراب . فالعدائية المكبوتة مثلاً تؤدي باعتقادهم إلى الإصابة بالتهاب المفاصل . وبالرغم من أن هذه الأفكار (والطب النفسي الجسمي بشكل عام) تبدو جذابة للوهلة الأولى ، إلا أنها راحت

تتداعى عندما تبين أن مثل هذه العوامل ذات الأصول النفسية لم تكن ذات قيمة تنبؤية بدرجة كافية ؛ إذ أن معظم الدراسات التجريبية لم تدعم هذه النظريات . في الحقيقة ، هناك عوامل نفسية اجتماعية موجودة في جميع الأمراض ، لكنها قد لا تكون مسببات أساسية لها بالضرورة .

لقد كان الطب النفسي الجسدي حكرًا على الأطباء النفسيين والأطباء وحدهم . إلا أن علماء النفس السلوكيين بدؤوا بتوسيع نطاق أساليبهم العلاجية ، لتشمل ما يسمى بالاضطرابات الطبية . فقد أصبحت مشكلات كالسمنة والتدخين موضوعاً للدراسة من قبل الأخصائيين النفسيين أيضاً . ثم جاءت الزيادة المضطردة في استخدام التغذية الحيوية الراجعة (التي سنناقشها لاحقاً في هذا الفصل) لمساعدة المرضى على التحكم ببعض الاستجابات الفسيولوجية أو تعديلها .

وهناك مجموعة أخرى من العوامل التي ربما كانت بطيئة في تطورها ، إلا أنها قوية في تأثيرها . فمع حلول الستينيات من القرن الماضي ، كان قد تم التغلب على العديد من الأمراض المعدية الرئيسية ، وبدأت المهن المساعدة تولي اهتمامها صوب اثنين من أكثر أسباب الوفيات شيوعاً : أمراض القلب والسرطان . فسلوكيات مثل الإفراط في تناول الطعام والتدخين وشرب الكحول ، أصبحت تُعرف وبشكل متزايد على أنها عوامل رئيسية مصاحبة لتلك الأمراض . ولم يتم تسليط الضوء على عمليات المرض بحد ذاتها فحسب ، وإنما على السلوكيات المرافقة لها أيضاً ، والتي من شأن الحد منها أو إزالتها أن يقلل من احتمال تعرّض الأفراد للمرض .

وفي الستينيات من القرن العشرين ، بدأت أحداث الحياة الضاغطة تُعتبر من عوامل الخطورة التي تؤدي إلى المرض (e.g., Holmes & Rahe, 1967) . وقد أدى فحص كيفية تأثير الأحداث الجذرية في الحياة على الصحة إلى دراسة الآثار الصحية للمنعصات اليومية ، التي يمكن أن تكون أحداثاً ضاغطة أيضاً (e.g., R. S. Lazarus, 1984) . كما أظهر مجال آخر من البحث ذي الصلة كيف يمكن للشخصية وغط السلوك أن يؤثر على الصحة . ومما حفز على هذا البحث ما لاحظته اثنان من أخصائيي أمراض القلب ، اللذين أثارت انتباههما مجموعة من السمات والسلوكيات المشتركة بين العديد من يعانون من أمراض القلب التاجية . فما يسمى بنمط الشخصية "أ" (Friedman & Rosenman, 1974) يتسم بالعدائية والمنافسة والإحساس بضغط الوقت . وبالرغم من أن الأبحاث اللاحقة فشلت في دعم وجود علاقة مباشرة بين نمط الشخصية "أ" وأمراض القلب (Brannon & Feist, 2004; Rice, 1998) ، إلا أن الفرضية أثارت البحث في علم النفس الصحي ، وساعدت على تركيز الانتباه على مزيد من عوامل الخطورة الأخرى المرتبطة بأمراض القلب (كالتدخين وقلة التمارين الرياضية) ، إضافة إلى الجهود الرامية للوقاية .

إن إدراكنا لدور العوامل النفسية والاجتماعية في تأثيرها على المرض والصحة ، يُعدّ أساساً لمنظور مؤثر يُعرف بالنموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي (biopsychosocial model) (Engel, 1977). ولعل هذا النموذج ، من عدة نواح ، يجسد اتحاداً بين المنظور البيولوجي الطبي والمنظور النفسي الاجتماعي . وكما يشير الاسم ، فإن النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي يعني أن الصحة والمرض نتاج للمؤثرات البيولوجية والنفسية والاجتماعية . والمؤثرات البيولوجية يمكن أن تشمل الاستعداد الوراثي المسبق ، ونقص التغذية ، وعدم التوازن البيولوجي الكيميائي . بينما يمكن أن تشمل المؤثرات النفسية سلوكيات الفرد وانفعالاته وإدراكاته . أما المؤثرات الاجتماعية فقد تشمل الأصدقاء وأفراد الأسرة والبيئة المنزلية وأحداث الحياة . إن مثل هذا النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي يوضح كيفية فهم أخصائي علم النفس الصحي للمشكلات ، وتخطيطه للتدخلات المناسبة لها .

إلا أن هناك عوامل أخرى عديدة كانت لها أهميتها في تطوّر علم النفس الصحي . إذ لوحظت الكلفة الهائلة للرعاية الصحية ، إضافةً إلى حقيقة أن الأمراض المُعدية لم تعد محطاً للأُنظار . ويمكن إرجاع نسبة كبيرة من تكاليف الرعاية الصحية مباشرةً إلى السلوكيات وأنماط الحياة ، التي تؤدي إلى الإصابات أو الحوادث أو التسمم أو العنف . فالخيارات المتعلقة بنمط الحياة مثل إساءة استخدام الكحول والعقاقير والتدخين وغمط الغذاء ، كلها تساهم في الكثير من الأمراض والعلل .

إن ما سبق ذكره لهو جزء بسيط فقط من العوامل البارزة المؤثرة في تطوير ميدان علم النفس الصحي . وسننتقل الآن إلى مناقشة كيفية ارتباط كل من الضغط النفسي وغمط الحياة والسلوك والشخصية والدعم الاجتماعي والصحة ببعضها بعضاً . فهذه الروابط هي التي تشكل أساس علم النفس الصحي .

الربط بين الضغط النفسي، نمط الحياة والسلوك، الشخصية، الدعم الاجتماعي، والصحة

Linking Stress, Life Style & Behavior, Personality, Social Support, & Health

ما هي العمليات التي تؤثر من خلالها العوامل النفسية والاجتماعية على الصحة والمرض؟

الضغط النفسي والصحة Stress and Health

بالرغم من استخدام مصطلح الضغط النفسي باستمرار ، إلا أنه في الغالب لا يكون مُعرّفاً بشكلٍ محدد (Brannon & Feist, 2004) . فبعضهم يستخدم هذا المصطلح للإشارة إلى نوعية مثير

بيئي خارجي (كالمقابلة الضاغطة) ، بينما يتعامل بعضهم الآخر معه باعتباره استجابةً لمثير ما (أي أن المقابلة أثارت الضغط النفسي) ، في حين يرى آخرون أن الضغط النفسي ينجم عن التفاعل ما بين مثير واستجابة (أي أن الضغط النفسي نجم عن كون المقابلة مثيرةً للتحدي ، ولم يكن الشخص مستعداً لها) . ومعظم أخصائيي علم النفس الصحي المعاصرين يستخدمون وجهة النظر التفاعلية هذه ؛ فينظرون إلى الضغط النفسي كعملية تشمل الحدث البيئي (الضاغط) ، وتقييمه من قبل الفرد (أهو مثير للتحدي أو التهديد؟) ، ومختلف الاستجابات الصادرة عن العضوية (الفسيولوجية ، الانفعالية ، المعرفية ، السلوكية) ، وإعادة التقييمات التي تحدث نتيجةً لهذه الاستجابات ، والتغيرات في الضاغطة (Rice, 1998) . ويوضح الشكل 1-17 هذا النموذج التفاعلي للضغط النفسي . ويمكن أن تساهم هذه المثيرات النفسية الاجتماعية وغيرها في عملية الضغط النفسي ، والتي يمكن أن تؤثر بدورها مباشرةً على الجهاز الهرموني ، والجهاز البدني المستقل ، والجهاز المناعي .

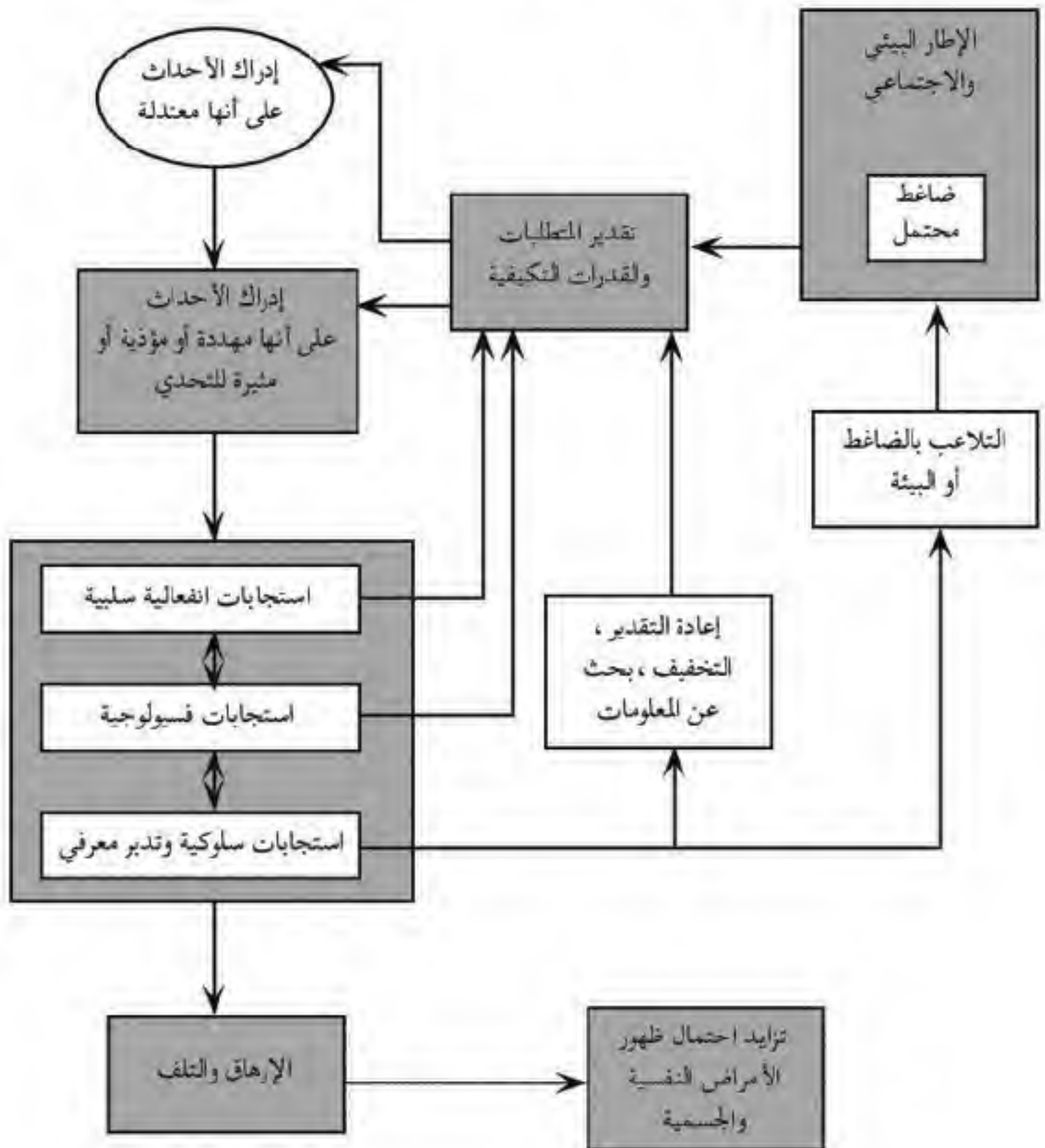
ويتضمن التأثير الفسيولوجي للضغط النفسي على الجسم سلسلةً معقدة من الأحداث (Brannon & Feist, 2004) يبينها الشكل 2-17 . فإدراك الفرد للضغط النفسي يثير الجهاز العصبي السمبثاوي ، وهو جهازٌ مسؤول عن حشد المصادر الجسمية في المواقف الطارئة ، وعن إثارة اللب الأدريناليني للغدة الكظرية . وينجم عن ذلك إفراز هرموني كاتيكولامينز الإبينيفرين (catecholamines epinephrine) (الأدرينالين) والنورإبينيفرين (norepinephrine) ؛ فيؤثران على الجسم من عدة نواح ، منها : زيادة معدل ضربات القلب والتنفس وتدفق الدم وتقوية العضلات . كما يؤدي الضغط النفسي بالغدة النخامية (وهي تكوينٌ متصل بالهيبوثلاموس في الدماغ الأمامي) لإفراز الهرمون المنشط لقشرة الغدة الكظرية (ACTH) ، والذي يثير بدوره القشرة الأدرينالينية للغدة الكظرية لإفراز الكورتيزولات السكرية ، وأهمها في حالة الضغط النفسي هي الكورتيزول . والكورتيزول هرمونٌ -مثله مثل الإبينيفرين والنورإبينيفرين- يحشد المصادر الجسمية ، ويعمل بشكل أساسي على زيادة مستوى الطاقة وتخفيف الالتهاب . والوظيفة الأخيرة مفيدة بشكل خاص إذا ما ترتبت على المواقف الطارئة إصاباتٌ جسدية .

وبالرغم من أن الاستجابات الناجمة عن الضغط الجسيمي يمكن أن تكون مفيدة ، إلا أن الضغوط الشديدة ، والإثارة الطويلة الممتدة لهذه الأجهزة ، قد يكون لها أثرها العكسي على أعضاء الجسم والوظائف العقلية وجهاز المناعة . فعلى سبيل المثال ، يمكن للضغط أن يؤثر في جهاز المناعة ، فيضعف من فاعليته في القضاء على الفيروسات والبكتيريا والأورام والخلايا الشاذة . ومنذ أكثر من عقدين ماضيين ، عرض أدر وكوهين (Ader & Cohen, 1975) أدلة تشير إلى أن الجهازين العصبي والمناعي يتفاعلان معاً ، وأنهما في حالة من الاعتماد المتبادل على بعضهما بعضاً ؛ وذلك عندما

الشكل 1-17 عملية الضغط النفسي: نظرة تفاعلية

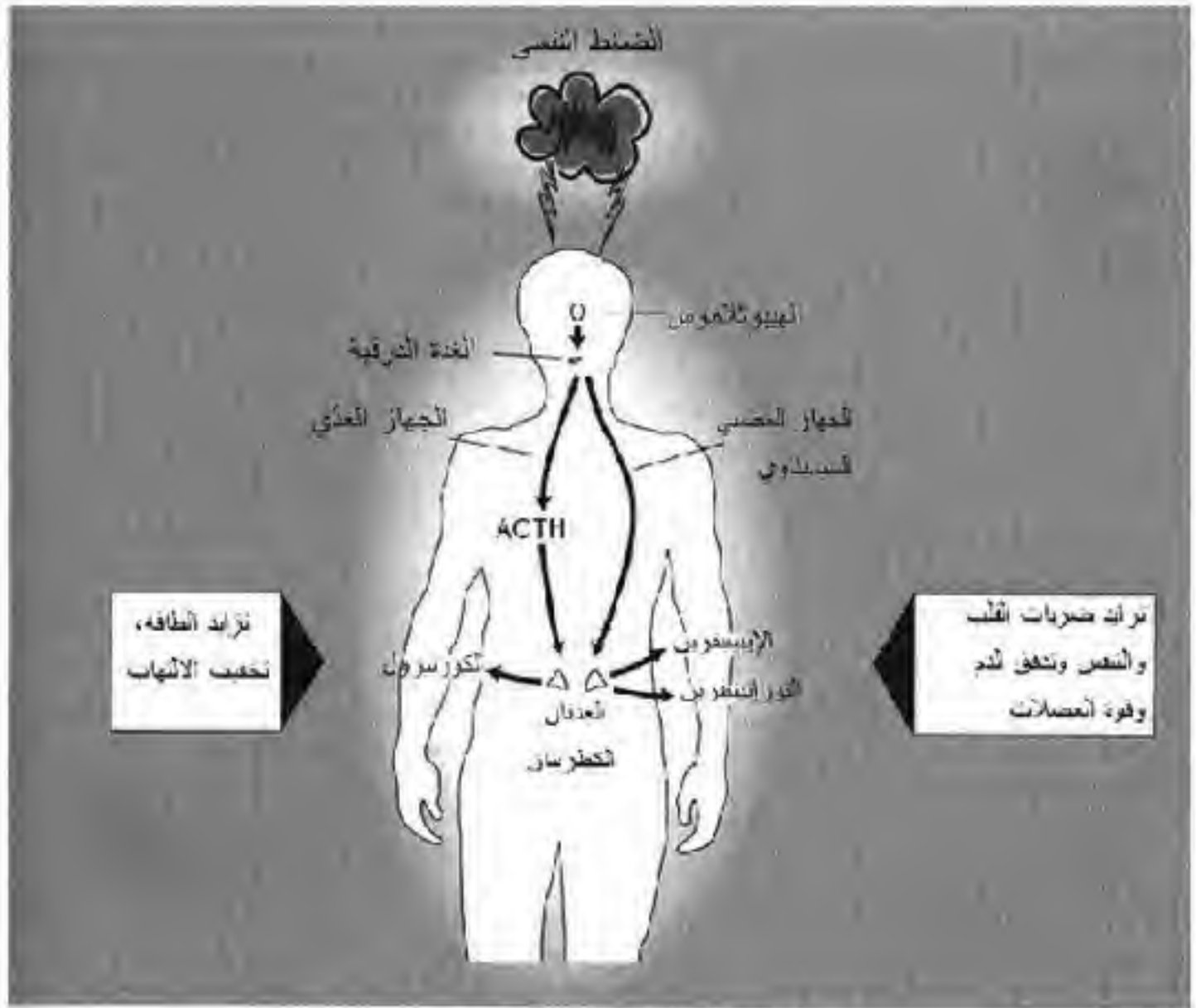
المصدر: Rice, P. L. (1998). Health Psychology, Pacific Grove, CA, Brooks/Cole, page 177

مراحل عملية الضغط النفسي



الشكل 17-2 الآثار الفسيولوجية للضغط النفسي

المصدر : Brannon, L., & Feist, J. (2004). Health Psychology: An Introduction to Behavior and Health (5th ed.). Pacific Grove, CA: Books/Cole, Page 105.



أثبتنا أن استجابات جهاز المناعة عند الفئران يمكن تشكيلها بالإشراف الكلاسيكي . وقد قاد هذا التقرير في النهاية إلى عدد من الدراسات التي تبحث في العلاقة بين العوامل الفسيولوجية (مثل ردود الفعل تجاه الضغط النفسي) واستجابات جهاز المناعة (Brannon & Feist, 2004) . وفي الوقت الحالي ، ما يزال من غير الواضح ما إذا كان الكفّ المناعي نتيجة مباشرة للضغط النفسي ، أم أنه مجرد جزء من استجابة الجسم للأحداث الضاغطة (Brannon & Feist, 2004) . على أية حال ، لا شك أن للضغط تأثيره الهام (إلا أنه ليس الوحيد) على الصحة والمرض .

يمكن للسلوك والعادات وأنماط الحياة أن تؤثر على كل من الصحة والمرض . حيث تبين أن سلوكيات كثيرة ، كالتدخين أو الإفراط في شرب الكحول وسوء النظام الغذائي ، أمور لها علاقة بالصحة . وتعود جذور هذه السلوكيات غالباً إلى القيم الثقافية أو الحاجات الشخصية والتوقعات لدى الفرد . على أية حال ، فإن تغيير هذه السلوكيات ليس بالأمر السهل . وسنناقش لاحقاً في هذا الفصل عدداً من السلوكيات أو أنماط الحياة ذات الصلة بالصحة ؛ والتي تشمل تدخين السجائر والسيطرة على الوزن وإساءة استخدام الكحول والاعتماد عليها .

وقد تؤثر المتغيرات المعرفية في قراراتنا المتعلقة بتبني سلوكيات صحية أو غير صحية (Bandura, 2001) . وكأحد الأمثلة ، فلقد ركز العديد من أخصائيي علم النفس الصحي على متغير الفعالية الذاتية (Self-efficacy) . وتشير الفعالية الذاتية ، التي ناقشناها في فصول سابقة ، تشير إلى "معتقدات الأشخاص حول قدراتهم على ممارسة السيطرة على الأحداث التي تؤثر في حياتهم" (Bandura, 1989, p. 1175) . وللفعالية الذاتية صلة وثيقة بعدد من الموضوعات التي يتصدى لها الأخصائيون في علم النفس الصحي ، بما فيها النظريات الرئيسية حول تغيير السلوك المرتبط بالصحة (Maddux, Brawley, & Boykin, 1995) . ويلعب هذا المفهوم دوراً أساسياً في أهم النماذج الاجتماعية المعرفية المتعلقة بالسلوك الصحي ، بما فيها نموذج المعتقد الصحي (Rosenstock, 1974; Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988) ، ونظرية دافع الحماية (R. W. Rogers, 1975; Sturges & Rogers, 1996) ، ونظرية السلوك المقصود (Ajzen, 1985, 1988) .

وتشير نظرية دافع الحماية (protection motivation theory-PMT) مثلاً إلى أن السلوك يكون نتيجة لتقدير التهديد (تقييم العوامل التي ستؤثر على احتمالية الانخراط في السلوك ، مثل إدراك التعرض للأذى وإدراك احتمال حدوثه) وتقدير التدبر (تقييم مدى قدرة المرء على تجنب النتيجة السلبية أو تدبرها) . ويتأثر تقدير التدبر بالفعالية الذاتية لدى الشخص ، أو بالاعتقاد بأن المرء يمكنه اللجوء إلى السلوك الملائم أو طريقة التدبر المناسبة (Maddux et al., 1995) . وقد يكون أحد الأمثلة على تطبيق نظرية دافع الحماية على القرارات المتعلقة بالمسائل الصحية في واقع الحياة ، مفيداً هنا : جيني ، فتاة مراهقة ، تفكر في اتخاذ قرار ببدء تدخين السجائر لأنها ترغب في فقدان الوزن . وفقاً لهذه النظرية ، فإن جيني ستقوم بتقدير التهديد ، وتقدير التدبر . وقد يتضمن تقدير التهديد تقييماً لمخاطر التدخين (كسرطان الرئة) إضافة إلى احتمالات تعرضها شخصياً لتلك النتيجة . وبناءً على مدى عدم إدراكها لوجود خطر شديد وفوري ، فقد تبدأ جيني بالتدخين . كما

أن تقدير التدبر ذو صلة ؛ وقد تشمل هذه العملية تقييم جيتي لكيفية امتناعها عن التدخين (استراتيجية التدبر الموصى بها) . وكلما زاد اعتقاد جيتي بعدم قدرتها على ترك التدخين (لأن جميع أصدقائها يدخنون ، ولأنها ترغب في فقدان الوزن) ، سيزيد احتمال انخراطها بمثل هذا السلوك . وهكذا ، يمكن للمتغير المعرفي المتعلق بالفعالية الذاتية أن يلعب دوراً مهماً في خيارات السلوك وأنماط الحياة ، التي تؤثر على الصحة في نهاية المطاف .

ويمكن أن تنشأ المشكلات أيضاً من الطريقة التي يستجيب بها الإنسان للمرض . فقد لا يكون بعض الأشخاص قادرين على ، أو راغبين في تقدير خطورة وضعهم ، وربما يفشلون في البحث عن المساعدة الطبية في الوقت المناسب . وعند حصولهم على النصح الطبي فعلاً ، نراهم يفشلون في الأخذ به فعلياً . وجميع هذه السلوكيات يمكن لها أن تؤدي إلى نتائج عكسية بصورة غير مباشرة . وسنناقش الالتزام بالمعالجة الطبية لاحقاً في هذا الفصل .

عوامل الشخصية Personality Factors

سواءً بشكل مباشر أو بشكل غير مباشر ، يمكن لخصائص الشخصية أن تؤثر على الصحة والمرض بعدة طرق (Friedman & Booth-Kewley, 1987) : (أ) الخصائص الشخصية التي قد تنجم عن عمليات مَرَضِيَّة ، (ب) الخصائص الشخصية التي يمكن أن تقود إلى سلوكيات غير صحية ، (ج) تأثير الشخصية بشكل مباشر على المرض من خلال الميكانيزمات الفسيولوجية ، (د) ارتباط متغير بيولوجي ثالث بكل من الشخصية والمرض ، و(هـ) تأثير عدة أسباب وحلقات من التغذية الراجعة على العلاقة ما بين الشخصية والمرض .

ولعل أكثر الارتباطات التي تمت دراستها بصورة واسعة ما بين سمات الشخصية/نمط السلوك والمرض ، هو ذلك الارتباط بين السلوك من نمط "أ" وأمراض القلب التاجية . وكما ذكرنا سابقاً ، فإن فكرة وجود ارتباط محتمل بين الشخصية أو أسلوب التدبر والآثار الصحية الوخيمة -خصوصاً مرض القلب التاجي- تم اقتراحها من قبل اثنين من أخصائيي القلب (Friedman & Rosenman, 1974) . واللذين حددا مجموعة من خصائص الشخصية والسلوكيات المميزة ، وافترضا أنها تشكل السلوك من النمط "أ" . ويصف جلاس (Glass, 1977) الأفراد من النمط "أ" على أنهم يميلون إلى :

- الشعور بأن الوقت يمر بسرعة .
- إظهار تراجع في أداء المهام التي تحتاج إلى التأجيل .
- العمل بأقصى طاقتهم تقريباً حتى عندما لا يكون لديهم موعد نهائي محدد .

■ الوصول باكراً إلى مواعيدهم .

■ النزوع إلى العدوانية والعدائية عندما يُحْبَطون .

■ إظهار إجهادٍ أخفٍ وأعراضٍ جسدية أقل .

■ الحافز القوي للسيطرة على بيئتهم الفيزيائية والاجتماعية ، وعلى البقاء في موقع السيطرة .

ويزودنا الجدول 1-17 بعض الأمثلة على أسئلة إحدى المقابلات المستخدمة في التعرف على الأفراد من النمط "أ" .

وهناك عدد من الدراسات المبكرة التي تشير إلى وجود علاقة بين نمط السلوك "أ" وأمراض القلب التاجية . على أية حال ، غالباً ما كان يُساء تفسير هذه النتائج في إشارتها إلى أن الأشخاص من النمط "أ" يُتَوَقَّع أن يُطوروا مرض القلب التاجي (Davison, Neal, & Kring, 2004) . إلا أن الدراسات اللاحقة لا تبين وجود علاقة قوية بين نمط السلوك "أ" ، وأمراض القلب كما كان يُعتقد سابقاً (T. W Smith & Ruiz, 2002) . ومن الواضح أن أغلبية الأفراد من النمط "أ" لا يُطورون مرض القلب التاجي ؛ إلا أنهم أكثر عرضةً نسبياً للإصابة به . وتشير الدراسات الحديثة نسبياً إلى أن عنصر الغضب-العدائية لدى النمط "أ" يمكنه التنبؤ بمرض القلب التاجي بشكل أفضل من مجرد التصنيف العام لوجود النمط "أ" (Guyl & Contrada, 1998; T. W Smith & Ruiz, 2002) .

وفي تحليلٍ منهجيٍّ ومفاهيميٍّ مهمٍّ للأبحاث التي تناولت علاقة العدائية بالصحة ، قدّم ت . و . سميث (T. W. Smith, 1992) عدداً من النماذج النظرية ، التي قد تُفسر العلاقة بين العدائية والصحة . ويشير نموذج رد الفعل النفسي الفسيولوجي (*psychophysiological reactivity*) إلى أن الأفراد العدائين يخبرون تزايداً أكبر في نبض القلب وضغط الدم والهرمونات المرتبطة بالضغط عند استجابتهم لضغوطٍ مُحتملة . ويُعتقد بأن زيادة ردود الفعل النفسية الفسيولوجية ، تشجع على تطور مرض الشريان التاجي وأعراضه . بينما يفترض نموذج التهيج النفسي الاجتماعي (*psychosocial vulnerability model*) أن الأفراد العدائين أكثر عرضةً لأن يخبروا ببيئاتٍ نفسية اجتماعية ضاغطة ؛ لأن لديهم مستويات أعلى من عدم الثقة ، و"يبحثون" في بيئاتهم عن إشاراتٍ توحى بإساءة المعاملة مستقبلاً . في حين يعكس النموذج التفاعلي للضغط النفسي (*transactional model of stress*) الجمع والتكامل بين النماذج النفسية الفسيولوجية ، والنفسية الاجتماعية ، ودمجها معاً . ويفترض هذا النموذج التكاملي أن ذوي العدائية المرتفعة هم الذين يخلقون المواقف الضاغطة في حياتهم ؛ وذلك بسبب عدم ثقتهم وتصرفاتهم .

4. هل تتطلب وظيفتك مسؤوليات ثقيلة؟

أ. هل هنالك أوقات تشعر فيها بتجديداً بالعجلة أو أنك تحت لضغط؟

ب. عندما تكون تحت ضغط ما، هل يضايقك ذلك؟

6. عندما تغضب أو تتضايق، هل يشعر الآخرون من حولك بذلك؟ وكيف تظهر ذلك؟

12. عندما تكون في مركبتك، وتكون هناك سيارة تسير ببطء شديد جداً في مسربك، ماذا تفعل

إزاء ذلك؟ هل تتمم أو تتدمر بذاتك؟ وهل يشعر أي شخص يركب معك بأنك منزعج؟

14. إذا ما كنت قد واعدت شخصاً في حوالي الثانية بعد الظهر مثلاً، فهل ستأتي في الموعد؟

أ. إذا ما جعلك أحدهم تنتظر، فهل تستاء وتمنع من ذلك؟

ب. هل تقول أي شيء عن ذلك؟

17. هل تأكل بسرعة؟ هل تسير بسرعة؟ بعد انتهائك من الأكل، هل تحب الجلوس على الطاولة

وتتحدث مع الآخرين، أم أنك تنهض وتذهب؟

19. ماذا تشعر إزاء الانتظار في الدور، في البنك أو السوبر ماركت أو البريد؟

المصدر: مأخوذ من :

The Interview Method of Assessment of The Coronary-Prone Behavior Pattern,
by R. H. Rosenman, pp.68-69. In T. M. Dembroski, S. M. Weiss, J. L. Shields, S.
G. Haynes, and M. Feinleib (Eds.), Coronary-Prone Behavior (1978)
Springer-Verlag.

وأخيراً، هناك نموذج السلوك الصحي (*health behavior model*)، وهو نموذج -بعكس
النماذج الأخرى- لا يفترض أن النواحي الفسيولوجية للضغط النفسي تمثل الصلة الحاسمة بين
العدائية والصحة. وإنما يفترض أن الأشخاص العدائين يميلون إلى الانخراط في عادات غير صحية
(كالتدخين، الشرب المفرط للكحول، قلة التمرين)، وبالتالي يكونون أكثر عرضةً لأمراض القلب
التاجية. إلا أن هذا التفسير المُقتصد للنتائج حول الارتباط بين العدائية وأمراض القلب التاجية ما
يزال بحاجة إلى المزيد من التقييم.

الدعم الاجتماعي والصحة Social Support and Health

أما الموضوع الذي يحظى باهتمام متزايد في مجال البحث، فهو الدعم الاجتماعي وماله من
آثار على صحة الأفراد وعافيتهم. ولا يشير الدعم الاجتماعي إلى عدد العلاقات الاجتماعية

فحسب ، بل وإلى نوعية هذه العلاقات (فهل يمكنك أن تثق بأصدقائك وأفراد أسرتك؟) . والفكرة الأساسية هنا هي أن الروابط بين-شخصية يمكنها أن تعزز الصحة بالفعل ؛ فهي تحمي الأشخاص من الأذى عند مواجهة الضغوط ، وتقلل من القابلية للتعرض للمرض ، وتساعد الأشخاص على الالتزام بالحمية العلاجية والبقاء عليها . فالدعم الاجتماعي ، من عدة نواح ، يعتبر نوعاً من المساعدة التدبيرية . حيث تشير الدراسات إلى وجود ارتباط إيجابي بين الدعم الاجتماعي والنتائج الصحية الأفضل (T. W. Smith & Ruiz, 2002) . فعلى سبيل المثال ، تتبّع ويليامز وزملاؤه (Williams et al., 1992) حوالي 1400 مريض يعانون من مرض الشريان التاجي لمدة 9 سنوات في المتوسط ، ووجدوا أن المرضى الذين كانت درجاتهم أعلى على مقياس الدعم الاجتماعي (كالمتزوجين ، والقادرين على منح الثقة للشريك العاطفي) أظهروا نسباً أقل من الوفيات بصورة دالة أثناء فترة المتابعة . وقد ظلت هذه العلاقة قائمة حتى بعد ضبط المتغيرات الديموغرافية وعوامل الخطورة الطبية . وعليه ، يتضح من هذه الدراسة وغيرها أن الدعم الاجتماعي قد يعمل كنوع من "الحماية" أو "العزل" ضد أية نتائج صحية وخيمة .

وقد تعتمد العلاقة بين الدعم الاجتماعي والضغط النفسي والصحة على عدد من العوامل ، بما فيها العرق والجنس والثقافة . فعلى سبيل المثال ، يبدو أن النساء (في المتوسط) يستفدن من الدعم الاجتماعي أكثر من الرجال ، ربما لأن النساء يتمتعن بعلاقات أكثر حميمية عاطفياً (Brannon & Feist, 2004) . كما تشير البيانات الأولية أيضاً إلى أن الرجال البيض قد يستفيدون من الدعم الاجتماعي أكثر من غيرهم (Brannon & Feist, 2004) . على أية حال ، فالسبب ليس واضحاً فيما يتعلق بهذا الأمر ، كما أن مسألة تأثير الدعم الاجتماعي بالجوانب العرقية والإثنية بحاجة إلى مزيد من البحث . من الواضح إذن أن العلاقة بين الدعم الاجتماعي والصحة علاقة معقدة .

مجالات التطبيق Range of Applications

إن الإحاطة الكاملة بالمشكلات التي يتعامل معها علم النفس الصحي تتجاوز نطاق هذا الفصل . ويمكن لقائمة جزئية مُقتطفة من بيانات حديثة أن تشمل : التدخين ، إساءة استخدام الكحول ، السمنة ، نط الشخصية (أ) ، ارتفاع ضغط الدم ، اضطراب نبض القلب ، مرض رينود ، الزهايمر ، متلازمة نقص المناعة المكتسبة (الإيدز) ، التليف الكيسي أو الغشائي ، فقدان الشهية أو النحافة ، التقيؤ المزمن ، سلس الغائط ، القرحة ، متلازمة تهيج الأمعاء ، الحوادث الدماغية الوعائية ، اللزّيمات ، الشلل الدماغية ، تشنجات الرقبة ، الصرع ، الربو ، التهاب العنكبوت ، الصدفية ، الألم المزمن ، الصداع المتكرر ، الأرق ، السكري ، عُسر الطمث ، الاضطرابات السنية ، السرطان ، إصابات الحبل الشوكي ، واضطراب الوظائف الجنسية .

وفي الصفحات التالية ، سنتعامل مع عدد من هذه الاضطرابات ، وخاصةً في توضيحنا لأساليب التدخل والوقاية . ويعرض التوضيح 1-17 بعض المسائل التي تقع ضمن مجال علم النفس الصحي والطب السلوكي ، وخصوصاً ما يطبق منها على مشكلة عدوى فيروس نقص المناعة البشرية والإيدز .

أساليب التدخل *Methods of Intervention*

بشكل أساسي ، فإن علم النفس الصحي والطب السلوكي يطبقان الأساليب السلوكية والمعرفية-السلوكية في التقييم والمعالجة . وسنقدم لمحةً عامة موجزة حول أصناف عامة من التدخل العلاجي (الأساليب الاستجابية ، الأساليب الإجرائية ، الأساليب المعرفية-السلوكية ، والتغذية الحبوية الراجعة) ، ومن ثم سنعرض عدداً من الأمثلة حول طريقة استخدام هذه الأساليب من قبل أخصائيي علم النفس الصحي .

الأساليب الاستجابية *Respondent Methods*

منطقياً ، إذا ما افترن مشير محايد (مشير شرطي) بمثير آخر طبيعي يستدعي استجابةً معينة (مثير غير شرطي) ، فإن المثير المحايد يصبح مع الوقت قادراً على إحداث تلك الاستجابة . هذا هو نموذج بافلوف الكلاسيكي . فعلى سبيل المثال ، قد تصبح ردود الفعل الانفعالية مرتبطة بمثير كان محايداً في السابق . وهذه العملية قد تؤدي إلى ردود فعل إشراطية ، والتي -إذا كانت مزمنة- قد تؤدي إلى تغييرات واضحة في الأنسجة ، مثل القرحة أو الالتهاب العصبي أو ارتفاع ضغط الدم . ويمكن معالجة مثل هذه الأعراض من قبل أخصائيي علم النفس الصحي بعدة طرق . وفي حالة الأساليب الاستجابية ، فمن الشائع استخدام التدخل بالإطفاء أو تقليل الحساسية التدريجي .

في الإطفاء ، تتم إزالة رد فعل انفعالي ما من خلال إيجاد موقف لا يعود فيه المثير الشرطي مرتبطاً بالمثير البيئي الذي يستدعي السلوك . ويمكن استخدام هذا المنحى مثلاً لإزالة مخاوف الأطفال من زيارة عيادة طبيب الأسنان ؛ فيتم إحضار الطفل إلى عيادة الأسنان ، وتعريفه بالعاملين بها ، والسماح له بمقابلة أطفال آخرين تخطوا الرعب المرتبط بطب الأسنان بنجاح ، وهكذا . باختصار ، يتم إطفاء ردود فعل الطفل الانفعالية ؛ حيث يقلّ حدوث القلق الذي تستثيره عيادة طب الأسنان . ومن الممكن أيضاً اللجوء إلى مستويات متفاوتة من التعريض ، والذي تم شرحه في الفصل الرابع عشر . فبدلاً من المنحى المتدرج الذي وصفناه الآن ، يمكن إجبار الطفل على البقاء في "الموقف الخفيف" تحت إشراف مختص ، فيزداد القلق إلى حد كبير ومن ثم يتلاشى بالتدريج ، وبالتالي يمكن أن يتعلم الطفل أنه لم يكن هنالك داعٍ للقلق . والنتيجة هي إطفاء استجابات القلق .

دور علم النفس الصحي في المستقبل : متلازمة نقص المناعة المكتسبة (الإيدز)

لقد وضع تشيزني (Chesney, 1993) التحديات التي يحتمل أن تواجه ميداني علم النفس الصحي والطب السلوكي مستقبلاً، وذلك باستخدامه للانتشار الوبائي لفيروس نقص المناعة البشرية (human immunodeficiency virus-HIV) والحالة اللاحقة المهيئة للإيدز كمثال. ويُقدَّر بأن الملايين من الناس في الولايات المتحدة الأميركية وحدها مصابون بهذا الفيروس (HIV). وبالرغم من أن نسبة حدوث الإيدز (ظهور حالات جديدة) انخفضت بشكل متسارع في العقد الأخير، إلا أنه في عام 2000، كان هناك حوالي 340 ألفاً يعيشون بالإيدز، كما توفي حوالي 80 ألف بهذا المرض. إضافة إلى ذلك، فأولئك الذين أُصيبوا بالفيروس وسروا بالأعراض، أصبحوا بحاجة فعلية إلى المعالجة النفسية التي تركز على تدبير الإيدز (Schneiderman, Antoni, Saab, & Ironson, 2001). وقد وضع تشيزني (Chesney, 1993) خمسة توجهات طبية ترتبط بالعدوى بالفيروس (HIV) وبالإيدز، إضافة إلى أمور أخرى تقع ضمن نطاق علم النفس الصحي والطب السلوكي:

1. الكشف المبكر عن أولئك المعرضين للإصابة: وبأخذ الإصابة بالفيروس (HIV) في الحسبان، يشمل هذا الكشف: تشجيع الفحص التطوعي، الإرشاد الذي يلي الكشف عن نتائج الفحوص، والتقليل من (أو تآمل إيقاف) السلوك الذي يعرض الفرد للخطر (مثل الممارسة غير الآمنة للجنس أو الاشتراك بالحُقن بين المدمنين).
2. برامج توفع التغيير السلوكي الناجح: لإيقاف انتشار الفيروس (HIV)، يجب أن يتم تغيير السلوك. إضافة إلى ذلك، فإن "الانتكاس" في مثل هذه الحالة (مثل الممارسة غير الآمنة للجنس) قد تكون لها عواقب قاتلة. من المهم الإبقاء على التغيير السلوكي من خلال وضع العوامل المشجعة، التي أثبتت تجريبياً أنها تؤدي إلى السلوك الأقل تعريضاً لعوامل الخطورة.
3. تزايد عدد أولئك الذين يتعاملون مع أمراض مزمنة: وفي نزعة تتجه نحو وضع أميركا في المنطقة الرمادية، والريادة المرافقة لذلك فيما يتعلق بالأمراض المزمنة التي يُصاب بها الراشدون الأكبر سناً بالتحديد، فإن عدد الأميركيين الذين يعانون من الإيدز في المستقبل القريب، سيزيد وبشدة من الحاجة إلى الخدمات المرتبطة بالصحة (Schneiderman et al., 2001) وبالتحديد، سيُطلب من أخصائيي علم النفس الصحي بشكل متزايد أن يُساعدوا في تعليم مهارات التدبير لكل من المرضى، ومن يقدمون لهم الرعاية الأولية أيضاً..
4. توسعة المنظورات: سيحتاج أخصائيو علم النفس الصحي إلى الدمج بين منظوري المجتمع والصحة العامة، إضافة إلى التركيز على المرضى كأفراد. فالحملات الإعلامية والتدخلات العلاجية المبينة على أسس مجتمعي مثلاً، ضرورية لمحاربة انتشار الفيروس (HIV) وغيره من العوامل المسببة للأمراض المعدية.

5. تحديد المشكلات الصحية وفق مقياس عالمي : يجب أن نُبقي في بالنا أن الأمراض والعلل تؤثر على الأشخاص حول العالم ، وينبغي تحديدّها في جميع الدول ، فعلى سبيل المثال ، أورد ليمبتي (Limptey, 2002) أن حوالي 400 مليون شخص حول العالم كانوا مصابين بالفيروس عام 2001 . وعندما يموت هؤلاء الأشخاص ، سيكون الإيدز ضمن قوائم الأمراض الأكثر إماتة في التاريخ .

وأخيراً ، فلا بد من ذكر مفارقة مهمة هنا : فمع تطوير الأدوية التي تعمل على إطالة حياة مرضى الإيدز ، وتوفر هذه الأدوية ، فقد أخذ الخوف من الإصابة بالإيدز والفيروس (HIV) بالتقلص . وكانت النتيجة غير المقصودة لذلك هي تزايد السلوكيات الخطرة (مثل الممارسة غير الآمنة للجنس) ، وخصوصاً لدى المراهقين ، ومن هم في بداية الرشد . بالتالي ، هنالك تحدّ أمام علم النفس الصحي وغيره من الميادين ، يتمثل في تثقيف الناس ، وتقديم التدخلات التي تعمل على تقليل سلوكيات الخطر ، خاصة لدى الفئات العمرية اليافعة .

وتقليل الحساسية التدريجي مثال جيد على الإشراف المضاد (انظر الفصل الرابع عشر) . فإذا كان بالإمكان تعليم المريض الاسترخاء في مواجهة المواقف المثيرة للقلق ، فإن القلق سيتلاشى . وقد صُممت تقنيات الاسترخاء لتمكين الأفراد من الوصول إلى حالة من الإثارة المُخفّضة بجهودهم الخاصة . وكخطوة أولية ، يتم تعليم المريض عادة تلك المبادئ السلوكية الأساسية ذات الصلة بأعراضه ، وكيفية ارتباط العلاج النفسي بتطبيق هذه المبادئ . على سبيل المثال ، فالمريض الذي أدى أسلوب حياته الضاغط إلى بعض المشكلات الجسمية ، يمكن تعليمه أموراً تتصل بالعلاقة بين أسلوب الحياة والمرض ، من خلال التفسيرات اللفظية المسهّبة (أو مواد مقروءة) . ثم يمكن إجراء تقييم نفسي فيسيولوجي شامل له ، عن طريق أجهزة التسجيل ، والتقديرات الذاتية للتوتر ، وملاحظات المعالج الخاصة .

بعد ذلك ، يتم تدريب المريض على كيفية القيام بالمراقبة الذاتية . فعلى سبيل المثال ، قد يتم تدريبه على كيف ومتى يقوم بتسجيل حدوث نوبات الصداع . كما يتم تعليمه تسجيل البيانات عند حدوث المثيرات البيئية التي تسبق الصداع ، واستجابته الخاصة للصداع ، والآثار اللاحقة التي تتبع الأعراض .

وأخيراً ، يتلقى المريض تدريباً محدداً في الاسترخاء . ويبين الفصل الرابع عشر معلومات مفصلة حول التدريب على الاسترخاء ، والذي يتم من خلاله تعزيز توقعات إيجابية لدى المريض ، وترتيب الظروف الفيزيائية بحيث يكون من السهل تحقيق الاسترخاء (افتراض وضعيّة مريحة ، وتجنّب الملابس الضيقة ، وتعديل الإضاءة) . وتتبع الممارسة المنتظمة في عيادة المعالج ، ممارسة لاحقة في المنزل .

ما مدى فعالية تقنيات الاسترخاء في معالجة المشكلات التي تسترعي انتباه أخصائي علم النفس الصحي؟ يبدو أن تقنيات الاسترخاء فعالة في معالجة ارتفاع ضغط الدم ، ونوبات الصداع

المرتبطة بالتوتر، والقلق (Brannon & Feist, 2004). وبمصاحبة التخيلات أو الأخيـلة الموجهة (guided imagery) - تقنية يستحضر فيها المريض صوراً لمواقف مريحة وهادئة-، أثبت الاسترخاء فعالـيته في معالجة ألم الحروق، وحالات الغثـيان، والقلق المرتبط بالعلاج الكيميائي (Brannon & Feist, 2004).

الأساليب الإجرائية Operant Methods

يمكن أن تبقى الاستجابات المتعلّمة أو تزول بناءً على النتائج أو الآثار التي تتبعها. وكما ناقشنا في الفصل الرابع عشر، فإن السلوكات التي يتم تعزيزها تميل إلى التكرار، بينما تلك التي لا يتم تعزيزها أو التي تتم معاقبتها تصبح أقل تكراراً.

ويمكن استخدام الإشراف الإجرائي في علم النفس الصحي والطب السلوكي إما لزيادة السلوكات التي يُفترض أنها تؤدي إلى الصحة، أو تقليل تلك التي يُفترض أنها ترتبط بالمشكلات الصحية. فعلى سبيل المثال، قام الأخصائيون باستخدام الأساليب الإجرائية في التعامل مع سلوكات الألم (Brannon & Feist, 2004; Turk & Okifuji, 2002). فمن منظور إجرائي، هناك العديد من السلوكات التي يبدئها مرضى الألم (الشكوى، الأنين... إلخ) التي تظهر وتستمر نتيجة التعزيز الإيجابي. ولربما يولي أفراد الأسرة وأفراد الفريق الطبي انتباهاً أكثر للمريض عقب ظهور هذه السلوكات. كما أن المعززات الإضافية تشمل أيضاً زيادة التعاطف، أو الاستراحة من العمل، أو تقليل متطلبات الأسرة. ولتغيير سلوكات الألم هذه، يمكن تدريب أفراد الأسرة والفريق الطبي على تعزيز السلوكات الإيجابية أو المرغوبة (كمحاولة زيادة النشاط البدني)، ونجـاهل السلوكات الأقل إيجابية أو غير المرغوبة (كالشكوى المستمرة). وتشير الأبحاث إلى أن هذه المناحي تجاه سلوكات الألم تُظهر شيئاً من النجاح، ويتضح ذلك من خلال زيادة النشاط البدني وتقليل تناول الأدوية المسكنة للألم (Brannon & Feist, 2004).

وأخيراً، يمكن لأخصائيي علم النفس الصحي أن يستخدموا التعاقد المتبادل (contingency contracting). وفي هذا الأسلوب، يقوم المعالج والمريض بوضع اتفاق أو عقد رسمي، يحدد السلوكات المتوقعة، إضافةً إلى النتائج أو الآثار التي ستتبع القيام بسلوكات معينة. فعلى سبيل المثال، يمكن أن يتم تعزيز المريض على زيادة مشاركته في العلاج الطبي، أو تناول أدويته، أو التقليل من عدد شكاويه الجسدية. وقد يأخذ التعزيز شكل الفيشات التي يمكن استبدال أشياء ذات قيمة للمريض بها.

ويستخدم الأخصائيون في علم النفس الصحي مجموعة متنوعة من الأساليب المعرفية ، إما بمفردها أو برفقة أساليب أخرى ، مثل الاسترخاء أو التغذية الحيوية الراجعة . وقد تمت مناقشة بعض هذه الأساليب في الفصل الرابع شر ، مثل إعادة البناء العقلاني ، والتدريب على التحصين ضد الضغط النفسي . وجميع هذه الأساليب تبين دور التفكير في التطور المرضي للمشكلات واستمراريتها . وتسعى التدخلات العلاجية المعرفية-السلوكية إلى تغيير أو تعديل تلك الأفكار أو المذكرات التي يُعتقد أنها ترتبط بمشكلة المريض .

وتحتوي قائمة المعالجات "متينة البناء" ، وتلك المدعمة تجريبياً والمبينة في الفصل الحادي عشر ، عدداً من المعالجات المعرفية-السلوكية للضغط النفسي ، أو غيره من المشكلات الصحية . وفي الفصل الرابع عشر ، قمنا بمناقشة التدريب على التحصين ضد الضغط النفسي كأسلوب لتدبر الضواغط المختلفة . وقد استخدم أخصائيو علم النفس الصحي هذا الأسلوب مع فئات واسعة ومتنوعة من المرضى (مثل مرضى الألم المزمن) . ومن المعالجات المعرفية-السلوكية الفعالة الأخرى للمشكلات الصحية ، تلك التي تُستخدم في معالجة الصداع والألم والإقلاع عن التدخين والشرابة .

يعد العلاج المعرفي-السلوكي عنصراً أساسياً لعلاج الصداع المزمن (Blanchard & Andrasik, 1985; Holroyd, 2002) . وتبدأ معالجة بلاتشارد وأندريسك بعنصر نفسي تعليمي ، حيث يتم التركيز على النقاط التالية في معالجة الأفراد الذين يعانون من الصداع : (أ) يمكن للتوتر والقلق والخوف أن يؤدي إلى الصداع ، (ب) الصداع إشارة من الجسم ، تعني أن الفرد لا يتعامل مع الضغوط بفعالية ، (ج) يمكن لأي موقف أن يقود إلى الضغط النفسي ؛ إذ أن تفسيراتنا ومعتقداتنا حول الموقف تحدد ما إذا كان سيؤدي إلى الضغط أم لا ، و(د) هناك معتقدات شائعة أو توقعات يمكنها أن تقود إلى الضغط النفسي والصداع . وفي المعالجة ، يتم تعليم المريض مراقبة عمليات التفكير عند حدوث التوتر أو الخوف أو القلق ، من خلال سجل المراقبة الذاتية (self-monitoring record) وبين الشكل 17-3 عينة من سجل المراقبة الذاتية للأحداث المرتبطة بالصداع . وفي كل موقف ، يضع المريض قائمة بما يلي : الإشارات التي تشير تأثيره وقلقه ، أحاسيسه الجسمية ، الأفكار التي تسبق الموقف مباشرة ، تقديره لانفعالاته ، واستجاباته السلوكية (كالانسحاب أو الهجوم) .

ويستخدم المعالج هذه البيانات في صياغة تدخلات علاجية معينة . فتتم أولاً محاولات للربط ما بين المواقف وأفكار المريض ، واستجاباته الانفعالية والسلوكية . ويركز المعالج على أن أفكار العميل

جدول رقم 3-17

هي حلقة وصل مهمة في عملية حدوث الصداع ، وأن أنماط التفكير هذه يمكن تعديلها . فأفكار المريض "اللاتكيفية" وتوقعاته ومعتقداته (تلك المرتبطة بالضغط النفسي والصداع) يتم فحصها بشكل دقيق ، ومن ثم تنفيذها وتحدي صدقها . فعلى سبيل المثال ، قد يصرح الأستاذ أن الأفكار المتعلقة بالشعور بالعجز ("لن أتمكن من إنهاء كتابة هذا الفصل") تسبق عادة خبرة التوتر والقلق اللذين يقودان إلى الصداع . وقد يقوم المعالج بتحدي أفكار الأستاذ هذه ("ألم تقم أبداً بكتابة أية مقالات أو فصول وإتمامها فعلاً؟") ، وتدريبه على التدخل بسلسلة الموقف ← الفكرة ← صداع التوتر ، وذلك باستخدام أساليب أخرى بديلة من التفكير والتدبر (كأن يقوم الأستاذ بتكرار أفكار داخلية أكثر تكيفاً ، مثل : "هذه المهمة صعبة ، لكنني سأنجزها كما كنت أفعل في السابق") . وأخيراً ، وعندما يصبح المريض قادراً على تطبيق هذه الطرق البديلة من التفكير والتدبر في مواقف الحياة الفعلية ، وتحقيق درجة من النجاح ، يقوم المعالج بتعزيز هذا التقدم بالمكافأة .

التغذية الحيوية الراجعة Biofeedback

لقد اكتسبت التغذية الحيوية الراجعة شهرةً واسعة ، لدرجة أنها أصبحت مرادفةً للطب السلوكي بالنسبة لبعضهم . فضمن شروط معينة ، يمكن تعليم المريض كيفية تعديل عملياته الفسيولوجية أو التحكم بها ، مثل نبض القلب وضغط الدم وموجات الدماغ .

وتشتمل التغذية الحيوية الراجعة على سلسلة واسعة من الإجراءات ، تتضمن بشكل أساسي مراقبة بعض الوظائف الفسيولوجية (مثل نبض القلب أو ضغط الدم) لدى المريض ، عن طريق جهاز يبعث المعلومات إلى العميل ثانياً ، على هيئة إشارات مسموعة أو ملموسة أو مرئية . والفكرة هنا هي أن يقوم المريض بعد ذلك بتعديل هذه الإشارات من خلال تغيير الوظيفة الفسيولوجية . وعليه ، يمكن إيصال أقطاب كهربائية بجبين مريض يعاني من الصداع المزمن ، تقوم بالتقاط الانقباضات العضلية الصغيرة في تلك المنطقة من الرأس ، فتضخمها وتحولها إلى نغمات . ومهمة المريض هي التقليل من النغمة أو إزالتها إرادياً ، مما يعني تقليل التوتر العضلي ، وتقليلاً مماثلاً للصداع .

وقد أثبتت التغذية الحيوية الراجعة فعاليتها (أفضل من المعالجة بالأثر الإيهامي/البلاسيبو) مع عدد من المشكلات (Brannon & Feist, 2004) . فعلى سبيل المثال ، لقد تم استخدامها بنجاح في الدراسات الإكلينيكية للتقليل من ألم الصداع وارتفاع ضغط الدم وآلام أسفل الظهر . إلا أنه يجب الإشارة هنا إلى بعض المحاذير . أولاً ، في بعض الحالات ، لا يكون أثر التغذية الحيوية الراجعة بأفضل من الأثر الذي يتم الحصول عليه بالاسترخاء . ومن المهم بمكان أن نأخذ هذا الأمر بعين الاعتبار ؛ لأن التغذية الحيوية الراجعة تتطلب أجهزة مكلفة وعاملين مُدرّبين . بالتالي ، فإن تكلفة

هذه المعالجة أعلى بكثير من بعض البدائل الفعالة ، كالاسترخاء . ثانياً ، ولأن التغذية الحيوية الراجعة والاسترخاء عادةً ما يكونان معاً في الحقيقة العلاجية نفسها ، فقد يكون من الصعب أحياناً فصل أثر أحدهما عن الآخر . ومع ذلك ، فقد استطاعت بعض الدراسات فصل أثر كل منهما ، ووجدت أن التغذية الحيوية الراجعة يمكن أن تؤدي إلى آثار إيجابية متميزة ، خصوصاً مع أولئك الذين لا يستجيبون لأساليب الاسترخاء (Lehrer, Carr, Sargunraj, & Woolfolk, 1994) .

مع ذلك ، ما يزال العديد من النقاد غير مرتاحين للمكانة العلمية التي تحتلها التغذية الحيوية الراجعة ؛ إذ ينزع بعضهم إلى الشك ، وذلك بسبب ميل بعض ممارسي هذه التقنية إلى التشدد والهوس والتبشير . ففي بعض الحالات ، قد يكون فعالية التغذية الحيوية الراجعة ناجمة إلى حد كبير عن أثرها الإيهامي/البلاسيبي ؛ فقد لا تقود هذه التغذية بحد ذاتها إلى نتائج علاجية مثلى ، وحين تكون فعالة ، فهي تكون عادةً ضمن حزمة علاجية واسعة ، تتضمن الاسترخاء أو الأساليب المعرفية أيضاً ؛ وإذا ما تم عزلها أو استبعادها عن مثل تلك الحزمة ، ربما تفقد فعاليتها . لكنها مع ذلك تبقى مثلاً يبين للمريض كيف أن التنظيم الذاتي قابل للتطبيق في الحياة . هذا ، وقد تكون فعالية التغذية الحيوية الراجعة في العيادة أكثر منها في مختبرات البحث ؛ وذلك أن العيادة تضع هذه التقنية في إطار أوسع ، يتضمن علاقة علاجية متفهمة ، وتقنيات إكلينيكية إضافية . وعلى أقل تقدير ، يبدو أن التغذية الحيوية الراجعة تقنية مفيدة في تعليم المرضى كيف يصبحون أكثر وعياً بإشاراتهم الجسمية ، وبما تعنيه هذه الإشارات .

الوقاية من المشكلات الصحية *Prevention From Health Problems*

يتفق الجميع تقريباً على أن بعض السلوكات البسيطة -إذا ما تمت ممارستها بشكل واسع- يمكنها التخفيف بشكل كبير من ضريبة الشقاء الإنساني ، ومن وابل الدولارات التي تصب في مطحنة نظام الرعاية الصحية . وتشمل هذه السلوكات : تقليل استهلاكنا للملح والأطعمة الدسمة ، قيادة المركبات بحذر واستخدام حزام الأمان ، ممارسة التمارين الرياضية بانتظام ، تجنب السجائر ، والتقليل من الضغط النفسي . ولكن تقديم النصح شيء ، وحمل الأشخاص على الأخذ به شيء آخر . لذلك ، بدأ الأخصائيون النفسيون ، وعدد من الأخصائيين السلوكيين والمهنيين الطبيين ، بتصميم برامج البحث التي تساعد على تعلم كيف يمكن اتقاء سلوكات تبدو بسيطة ، إلا أنها يمكن أن تكون مؤذية للإنسان . وفي هذا الجزء ، سنناقش الجهود الوقائية في عدة مجالات ترتبط بالصحة ، وهي : تدخين السجائر ، وإساءة استخدام الكحول ، والسيطرة على الوزن .

لقد أدى الوعي المتزايد بمخاطر تدخين السجائر إلى تناقص ثابت ومستمر في نسبة المدخنين الأميركيين منذ ستينيات القرن العشرين (Brannon & Feist, 2004). هذا، وتختلف نسب التدخين وفقاً للجنس، ومستوى التعليم، والدخل. حيث يُقدَّر أن 29% من الذكور من عمر 12 عاماً فما فوق يدخنون، مقابل 23% من الإناث من المرحلة العمرية نفسها (Substance Abuse and Mental Health Service Administration, 2003). مع العلم أن النتائج تشير إلى أن تناقص نسبة التدخين لدى النساء كان أقل منه لدى الرجال. كما وُجد أن أفضل العوامل التنبؤية المرتبطة بالتدخين هي مستوى التعليم، حيث يقل احتمال التدخين لدى أولئك الذين يتلقون تعليماً أكثر، مقارنةً بالأقل تعليماً (Brannon & Feist, 2004).

وقد تم الربط ما بين التدخين وزيادة احتمال ظهور أمراض القلب والسرطان، وهما المسببان الأساسيان للوفاة في الولايات المتحدة. وبالرغم من أن التدخين يزيد من فرص الوفاة المبكرة للمرأة نتيجة أمراض مثل مرض القلب التاجي وسرطان الجهاز التنفسي وانتفاخ الرئة والذبحة الصدرية، إلا أن الناس ما يزالون يدخنون. لماذا؟ هناك أسباب عديدة محتملة، تشمل: السيطرة على التوتر، الضغط الاجتماعي، التحكم بالوزن، التمرد، الطبيعة الإدمانية للنيكوتين، وسمات الشخصية المتأثرة جينياً، مثل الانبساطية (extraversion) (Brannon & Feist, 2004). ويُعتقد بأن السيطرة على التوتر، والتحكم بالوزن، والجينات، والضغط الاجتماعي، تكون أسباباً لبدء التدخين عادةً؛ بينما التمرد، والإدمان، والشخصية، يُنظر إليها على أنها عوامل تساعد بشكل أساسي على استمرار التدخين.

لقد تم استخدام مختلف الأساليب لحمل الأشخاص على الإقلاع عن التدخين، بما فيها: البرامج التعليمية، العلاج بالتنفير (مثل التدخين المفرط)، التعاقدات السلوكية، الوخز بالإبر، التدخلات الصيدلانية، العلاج المعرفي، وجماعات الدعم (Brannon & Feist, 2004). لكن نسب الانتكاس هنا مرتفعة جداً (70-80%)، كما أن نتائج الأبحاث حول أفضل أساليب الإقلاع عن التدخين كانت متناقضة في أفضل أحوالها. ومن الجدير بالذكر أن معظم المدخنين الذين يقلعون عن التدخين يفعلون ذلك بمفردهم.

ويبدو أن أفضل الأساليب هي تلك التي تحول دون تشكّل هذه العادة ابتداءً. ولسوء الحظ، فإن التثقيف وحده (كرسائل التحذير على علب السجائر) لا يبدو أنه يكفي لشني الشباب البافعين عن التدخين (Brannon & Feist, 2004). كما يبدو أن الأكثر فعاليةً هو التركيز على الآثار السلبية الآنية بدلاً من المؤجلة، وعلى تعليم مهارات التدبير، وزيادة الإحساس بالفعالية الذاتية.

ولعل أحد أفضل البرامج الوقائية الأولى ذات المكونات المتعددة والموجهة للأطفال والمراهقين ، هو برنامج إيثانز المرتكز على مبادئ التعلم الاجتماعي ، واستخدام نماذج من الأنداد (R.I. Evans, 1976) . فمع أطفال المدارس الابتدائية ، تم استخدام الأساليب التالية : عروض الفيديو ، نماذج الأنداد ، جماعات المناقشة ، لعب الدور ، مراقبة التدخين ، والتحقق المستمر من الاتجاهات والمعرفة المتعلقة بالتدخين . ويبدو أن مثل هذا المنحى يتفوق على تلك المناحي المستخدمة مع المراهقين ، والتي تركز على الآثار السلبية بعيدة الأمد للتدخين . ولربما يكمن سر نجاح هذا المنحى في تركيزه على العواقب السلبية الفورية (من الرفاق مثلاً) بدلاً من الآثار المؤجلة (مثل انتفاخ الرئة) . وقد تم تنفيذ برامج مشابهة لبرنامج إيثانز هذا الذي طُبّق في مدينة هيوسطن ، وذلك في ولايات أخرى . كما ثبت نجاح برامج أخرى ، لجأت إلى الطلبة كنماذج بدلاً من البالغين لتشجيع المراهقين على عدم التدخين (e.g., Murray, Richards, Luepker, & Johnson, 1987) . كما يبدو أن برامج التدريب على مهارات الرفض (ممارسة الاستجابة للمواقف المصورة بالفيديو والتي يتم فيها تقديم السجائر) تقلل من نسب التدخين أيضاً (Elder et al., 1993) .

إساءة استخدام الكحول والاعتماد عليه Alcohol Abuse and Dependence

تُقدّر نسبة استهلاك الكحول في الولايات المتحدة الأمريكية وحدها بحوالي 57% لدى الرجال و45% لدى النساء (Substance Abuse and Mental Health Service Administration, 2003) . وبالرغم مما أشارت إليه بعض الدراسات من وجود آثار إيجابية للكحول لمن يتناولونه بصورة خفيفة أو معتدلة ، إلا أن هنالك ارتباطاً بين استهلاك الكحول وعدد من النتائج السلبية . إذ تبين أن الاستخدام المفرط للكحول يرتبط بتزايد احتمال التعرض إلى تلف الكبد أو الأعصاب ، وأنواع معينة من السرطان ، ومشكلات في القلب ، ومتلازمة الكحول الجنيني ، والعدوان الجسدي ، والانتحار ، وحوادث قيادة المركبات ، والعنف (U. S. Department of Health and Human Services, 2000) . وقد أدت هذه القائمة الواسعة من المشكلات المرتبطة بالكحول إلى اعتبار المعالجة والوقاية من إساءة استخدام الكحول والاعتماد عليها (الإدمان على الكحول) من الأولويات المهمة .

وقد استُخدمت ، وعلى مر السنين ، مناهج علاجية عديدة في علاج الذين يعانون من مشكلات في شرب الكحول ، ومعظم هذه العلاجات تنادي بالامتناع التام . وقد تراوحت من العلاجات الطبية والأدوية مثل الديسولفرام (أنتايبوز) والنالتريكسون (disulfiram antabuse & naltrexone) ، إلى العلاجات النفسية التقليدية وأساليب جماعات الدعم مثل المدمن المجهول . على أية حال ، فإن إدمان الكحول مشكلة تقاوم جميع أنواع التدخل تقريباً إلى حد كبير ، ونسب الانتكاس فيها مرتفعة .

والأسلوب الأكثر إثارة للجدل في معالجة مشكلات الكحول هو الشرب المضبوط (controlled drinking) (Sobell & Sobell, 1978). وكما هو واضح من الاسم، فالهدف من هذا المنحى هو الشرب الخفيف إلى المعتدل (أي أنه مضبوط). فيتم تعليم العميل أن يطور استجابات تدبر بديلة (عدا شرب الكحوليات)، ومراقبة مقدار تناوله للكحول. وينقسم الميدان فيما يتعلق بجدوى هذا المنحى، إلا أن الأبحاث تشير إلى أن الشرب المضبوط خيار علاجي حيوي بالنسبة لبعض مدمني الكحول (U. S. Department of Health and Human Services, 2000). كما أن العديد من برامج معالجة الكحول تشتمل على التدريب على منع الانتكاس (Marlatt & Gordon, 1985). ويمر معظم العملاء الذين يُعالجون من مشكلات الكحول بفترة من الانتكاس بعد وقت قصير من إنهاء العلاج. وبدلاً من النظر إلى ذلك على أنه فشل (على أنه إشارة إلى قرب حدوث الانتكاس الثام)، يتم تعليم العميل مهارات للتدبر وسلوكيات يمكنه استخدامها في المواقف "عالية الخطورة"، للتقليل من احتمالية حدوث الانتكاس التام.

وتعتبر إساءة استخدام الكحول والاعتماد عليه من المشكلات المعقدة، والتي قد تتطلب طرقاً متعددة النماذج في العلاج. وبسبب الصعوبات المرتبطة بالمناحي الثانوية والثالثية في المعالجة أو الوقاية، نرى مزيداً من المختصين يتجهون أكثر فأكثر نحو الوقاية الأولية لمنع تطور الشرب المشكل. فبالنسبة لكل من إدمان الكحول والتخدرات، تم تطوير برامج مشابهة لتلك التي تم تصميمها لوقاية المراهقين من التدخين. وعادةً ما يتم تطبيق هذه البرامج عن طريق مساقات التثقيف الصحي في الثانوية العامة، أو من خلال الحملات الإعلامية. وتشتمل برامج الوقاية المدرسية بشكل خاص على عنصر أو أكثر مما يلي: التعليم الوجداني (بناء تصور للذات، زيادة مهارات اتخاذ القرار، مهارات الحياة، مهارات الاتصال، التدريب على توكيد الذات)، التدريب على المقاومة (تعلم مقاومة ضغوط شرب الكحول)، وتصحيح المذكرات الخاطئة حول معايير الرفاق (U. S. Department of Health and Human Services, 1997). وتشير نتائج الأبحاث إلى أن البرامج التي تضمنت التدريب على مقاومة ضغوط الرفاق وتصحيح المذكرات الخاطئة المتعلقة بمعايير الرفاق، كانت فعالة وواعدة أكثر من غيرها (U. S. Department of Health and Human Services, 1997).

السمنة Obesity

تُعتبر المعالجات السلوكية أكثر شيوعاً في معالجة السمنة من أي حالة أخرى. ولعل أحد أسباب ذلك هو ارتباط السمنة باضطرابات طبية، مثل السكري وارتفاع ضغط الدم وأمراض القلب، وبعض أنواع السرطان (Brannon & Feist, 2004). كما أن السمنة تلحق بالفرد وصمة اجتماعية تُضعف من مفهومه لذاته، ونجد من أدائه لوظائفه في مجموعة واسعة من المواقف

الاجتماعية . ويُقدَّر بأن حوالي 64.5% من الراشدين في الولايات المتحدة الأميركية يعانون من الوزن الزائد (30.5% منهم تنطبق عليهم محركات السمنة-معدل كتلة الجسم حوالي 30 أو أكثر) . وعادةً ما يمكن تتبع مشكلات الوزن إلى مرحلة الطفولة ؛ حيث تصل نسبة السمنة عند الأطفال من 10 إلى 25% ، ويعاني حوالي 80% منهم من السمنة في رشدهم (Stunkard, 1979) .

ورغم أنه من الواضح بأن للسمنة مكوناً وراثياً (Wadden, Brownell, & Foster, 2002) ، إلا أن أسبابها تمثل دون شك تفاعلات معقدة ما بين العوامل البيولوجية والاجتماعية والسلوكية ، ومن الصعب تحديد الميكانيزمات الدقيقة لذلك . ويبدو أن زيادة انتشار السمنة ناتجة عن تغيرات في عاداتنا في الأكل ، وفي مستويات نشاطنا ، أكثر من كونها نتيجةً لجيناتنا (Wadden et al., 2002) . ويُشار هنا إلى أن الأساليب الطبية التقليدية وأنظمة الحمية لم تكن فعالة جداً في المعالجة ؛ فالأفراد الذين يعانون من السمنة يفقدون الوزن ، لكنهم يعودون ويكتسبونه بسرعة . إضافةً إلى ذلك ، فإن نسبة الذين يتوقفون عن المشاركة في البرامج التقليدية للسيطرة على الوزن ، قد تكون مرتفعة . وتشتمل معظم برامج تعديل السلوك على عناصر تهدف إلى الحد من أنواع معينة من الأطعمة ، وتعليم الأفراد متى يأكلون وتحت أية ظروف ، وتشجيع التمرين بانتظام ، والإبقاء على الأنماط المعدلة في تناول الطعام بعد انتهاء البرنامج . وأخيراً ، من الملاحظ أن المعالجات الصيدلانية والجراحية للسمنة أصبحت في تزايد مستمر (Wadden et al., 2002) .

على أية حال ، ومرةً أخرى ، فالوقاية المبكرة قد تكون أفضل الطرق وأكثرها أمناً للسيطرة على الوزن . ومن الأمثلة الكلاسيكية الممتازة على مثل هذا المنحى ، مشروع ستانفورد للسمنة عند المراهقين (Stanford Adolescence Obesity Project) (Coates & Thoresen, 1981) . حيث استخدم عددٌ من الأساليب مع المراهقين ، على أمل أن يؤدي ضبط الوزن في هذا العمر إلى الوقاية من السمنة في مرحلة الرشد . وكانت الاستراتيجيات المستخدمة هي ملاحظة الذات ، وتنحية إشارات تناول الطعام ، والدعم الاجتماعي والأسري . وكانت هذه التدخلات أكثر فعاليةً بشكل ملحوظ عند إشراك الوالدين في البرنامج . كما تناول العديد من الباحثين أيضاً إمكانية استخدام المناقشات الجماعية بين الأنداد . وفي دراسة استغرقت 10 سنوات للمعالجات السلوكية للسمنة لدى الأطفال على أساس أسريٍّ ، وُجد أن التدخل المبكر في الطفولة يمكنه إحداث تغيرات مهمة ومستمرة في السيطرة على الوزن (Epstein, Valoski, Wing, & McCurley, 1994) وأخيراً ، وبالرغم من عدم خضوعه للاختبار بشكل واسع ، فهناك توجه جديد في أسلوب التدخل ، يتضمن النظر إلى السياسات العامة كوسيلةٍ لتعديل ممارسات الحمية والنشاط الجسدي . ويقدم هورجين وبراونيل (Horgen & Brownell, 2002) مثلاً ، في هذا الإطار ، المقترحات التالية : تنظيم إعلانات الأطعمة الموجهة للأطفال ، منع الأطعمة السريعة والمشروبات الغازية من المدارس ، التقليل من كلفة الأطعمة الصحية ، فرض الضريبة على الأطعمة غير الصحية ، وتوفير فرص أكثر لممارسة الأنشطة الجسدية .



أ.د. بيت ميرويتز أستاذة في علم النفس في قسم علم النفس بجامعة جنوب كاليفورنيا ، وأستاذة في الطب الوقائي في كلية الطب بالجامعة نفسها .

و أ.د. ميرويتز خبيرة في المسائل المتعلقة بنوعية الحياة ، وفي التدبير لدى مرضى السرطان وأفراد أسرهم . وقد خدمت كعضو في اللجنة التنفيذية للشعبة 38 (علم النفس الصحي) في الرابطة النفسية الأمريكية (APA) . وهي تقوم بمراجعة المقالات لعدد من الدوريات المرموقة في علم النفس الإكلينيكي ، وقد نالت عدة جوائز لتدريسها طلبية البكالوريوس . ونشرت عدداً من المقالات وفصولاً من كتب في مجال اختصاصها ، وحصلت على عدة منح فيدرالية لتمويل أبحاثها .

وقد أجابت أ.د. ميرويتز عن عدد من الأسئلة التي طرحناها فيما يتعلق بخلفيتها واهتماماتها ، وقدّمت لنا وجهة نظرها حول مستقبل علم النفس الإكلينيكي وعلم النفس الصحي .

■ ما الذي أثار اهتمامك ابتداءً بميدان علم النفس الإكلينيكي؟

حين أفكر بالماضي ، أدرك أنني بدأت أهتم بعلم النفس الإكلينيكي عندما كان عمري 14 عاماً . أثناء ذلك الصيف ، كنت مُرشدة متطوعة في مخيم صباحي للأطفال الذين يعانون من شلل الدماغ . وقد استمتعت باللعب مع الأطفال وتدريسهم ، ولكنني وجدت نفسي منجذبة إلى حد كبير لمحاولة فهم خبرات أولئك الأطفال المعاقين وأسرهم . وقد فتنتني بشكل خاص حقيقة أن بعض الأسر تدبر الأمر بصورة جيدة جداً ، على الرغم مما بدا لي على أنه صعوبة بالغة . فكيف يستطيع بعض الأفراد أن يظهرُوا بمثل هذه السعادة والتكيف ، حتى أثناء مواجهتهم لمشكلات مزمنة ، لا يستطيعون ضبطها والسيطرة عليها إلا قليلاً؟ خلال دراستي الثانوية والجامعية ، تطوعت للعمل في عدة أماكن إكلينيكية .

وفي كل مكان منها كنت أجد نفسي أتساءل حول كيفية قيام بعض الأشخاص بتدبير أمورهم بصورة جيدة ، بينما يواجه آخرون الضيق والاضطراب بشكل مستمر في حياتهم . وفي الوقت الذي قدمت فيه طلباً للالتحاق بكلية الدراسات العليا ، كنت أعلم أنني أريد التركيز على البحث حول كيفية تصرف الأفراد "الأسوياء" نفسياً إزاء المواقف الصاغطة المزمنة ، وتدبرهم لها .

■ صفني لماهية الأنشطة التي تقومين بها كأخصائية إكلينيكية .

بصفتي أخصائية في علم النفس الإكلينيكي في قسم علم النفس بالجامعة ، فإن أنشطتي الأساسية هي التدريس والبحث والإشراف . ويتضمن التدريس إعطاء مساقات لطلبة البكالوريوس ، مثل : مدخل إلى المقابلة الإكلينيكية ، الجنسانية البشرية ، وعلم النفس الصحي . كما أنني أمضي وقتاً طويلاً مع طلبة البكالوريوس والدراسات العليا في الإشراف على مشاريع أبحاثهم ، وتشمل أنشطتي المتعلقة بالبحث : التخطيط للدراسات وتصميمها ، تطوير علاقة التعاون مع الأطباء ومجموعات المرضى ، كتابة مشاريع الأبحاث للمنح ، الإشراف على جمع البيانات ، تحليل نتائج البحث ، تقديم المحاضرات ، وكتابة المقالات للمجلات . إضافة إلى البحث والتدريس ، فأنا عضوة في عدد من المنظمات واللجان على المستويين الجامعي والوطني . كما أنني أراجع المنح المقدمة للمؤسسة الوطنية للصحة ، ولعدد من الحكومات الأجنبية ، وأقوم بمراجعة المقالات المقدمة لعدد من الدوريات النفسية والطبية . ومن الأمور التي أحبها في كوني إكلينيكية أكاديمية ، أنني أستطيع الانخراط في العديد من الأنشطة المثيرة للاهتمام .

■ ما هي مجالات تخصصك الدقيق أو اهتماماتك الدقيقة؟

نركز أبحاثي بشكل أساسي على نوعية الحياة والتدبير لدى المرضى وأفراد أسرهم عقب التشخيص بالأمراض المزمنة ، والسرطان خصوصاً . إنني مهتمة بفهم ردود الفعل الشائعة تجاه تشخيص والعلاج وفق أبعاد نوعية الحياة ، والتي تشمل التغييرات الانفعالية والعرفية والاجتماعية والجسمية والوظيفية . ما الذي يمكن أن يتوقعه المرضى ، وأفراد أسرهم ، ومن يولونهم الرعاية الصحية ، في المراحل المختلفة من المرض ؟ ما هي العوامل الشخصية أو الاجتماعية أو البيئية أو الطبية التي يمكنها أن تتنبأ بسرعة التكيف ، وبالأفراد الذين سيعانون من مشكلات مستمرة ؟ وما هي العمليات التي يجد العديد من الأشخاص أنها مفيدة وذات معنى عند الشعور بالضيق والشدة ؟ لقد قمت مع زملائي مؤخراً بتطوير وفحص عدد من التدخلات العلاجية ، النفسية- الاجتماعية ، والتي تم تصميمها لتحسين نوعية الحياة ، وتعزيز مهارات التدبير لدى المرضى الذين يعانون من السرطان في بداية مراحله ، ولدى شركائهم . إضافة إلى ذلك ، فأنتي أهتم بمسائل لشقافة والإثنية ، والتي أقوم بالبحث فيها من خلال دراسة المجموعات السكانية المختلفة في الولايات المتحدة الأميركية .

■ ما هي التوجهات المستقبلية التي تتوقعينها لعلم النفس الإكلينيكي؟

أعتقد أن أكثر الإمكانيات أهمية في مستقبل علم النفس الإكلينيكي ، تكمن في خسراتنا كباحثين إكلينكيين . فالأخصائيون الإكلينيكيون يساهمون في توسعة الروابط التقليدية للبحث وأساليبه ، وذلك في سعيهم للإجابة عن مدى واسع من الأسئلة الإكلينيكية ذات الصلة . ومستقبلاً ، سيتم اللجوء إلينا لتصميم أبحاث تلبي الاحتياجات المجتمعية ، إضافة إلى بنائها وفق نظرية ومنهج متينين . ولأن البحث مهارة يمكن نقلها ، فسيكون بالإمكان إجراء أنشطة البحث في المواقف المجتمعية ، وذلك من خلال تأسيس روابط بين العالم والمجتمع . كما أتوقع أن يحتاج أخصائيو علم النفس الإكلينيكي إلى الدفاع عن دورهم كقائمين على تقديم الخدمات ، وذلك

في ضوء تزايد الطلب على توليق المجالات التي يكون فيها تدريب الدكتوراة ضرورياً للأداء الأفضل . وقد يُستدعى الأخصائيون النفسيون من حملة الدكتوراة لتطوير معالجات فعالة ، وأدوات تقييم سيكومترية ، لتحديد أي المعالجات تلائم أي الأفراد أكثر من غيرها . وستكون هنالك حاجة لأخذ فعالية التكلفة بالاعتبار في عدد من الميادين الإكلينيكية .

■ ما هي بعض التوجهات المستقبلية التي تتوقعينها لعلم النفس الصحي؟

علم النفس الصحي والطب السلوكي مبدئياً علم حديثان تسيياً ، وقد نالا تركيزاً متزايداً بشكل كبير في العقود الثلاث الماضية . بالتالي ، فإن الميدان مشرع على مصراعيه للتطور بانجهاات متعددة ومثيرة . فنحن نتعلم الكثير مثلاً حول أهمية العوامل النفسية في إحداث المرض ، وذلك من خلال تأثير الضغط النفسي والعزلة على الوظائف المناعية ولهرمونية . إضافة إلى ذلك ، ينبغي أن يستمر أخصائيو علم النفس الصحي في تطوير النظريات والتدخلات العلاجية المصممة لزيادة السلوكيات الصحية ، وتقليل تلك السلوكيات التي تزيد من عوامل الخطورة . إذ برغم كل شيء ، فالعديد من الوفيات المبكرة في الدول الصناعية ترتبط بفشل الفرد في تبني إرشادات العيش بطريقة صحية . ويحتاج البحث في هذين الميدانين إلى الاتساع ، بحيث يصل إلى السكان الذين لا تصلهم الخدمات ، مع التركيز على التعريف بدور الثقافة وتأثيرها على نتائج الصحة ونوعية الحياة . كما ينبغي أن يتضمن البحث حول الثقافة تفصي الثقافة المتعلقة بأنظمة الرعاية الصحية ، وبالطرق التي نجعلها " صديقة للمستخدم " بشكل أفضل ، بالنسبة للمرضى وأسرتهم . وسيتطلب الفهم شامل أخذ السلوكيات المرتبطة بالصحة ونوعية الحياة بعين الاعتبار كجزء من إطار الحياة اليومية للمريض ، لا على أنها مجرد أبعاد منفصلة ومعزولة . وبهذه المعلومات ، يمكن للأخصائيين النفسيين الاستمرار في تطوير توجهات حديثة للموقاية الأولية والثانوية والثالثية ، وأتوقع أنه أثناء تطوير الباحثين للتدخلات السلوكية والنفسية الاجتماعية الفعالة ، والتي من السهل إدماجها في الرعاية الصحية المستمرة التي يتم تقديمها ، فإن هذه التدخلات ستصبح تدريجياً مكونات للرعاية المعيارية . ووفق المدى الذي يمكن للأخصائيين النفسيين أن يثبتوا من خلاله الفائدة المتمثلة بتوفير الدعم المالي لعلم النفس الصحي والطب السلوكي ، سيزيد احتمال بدء شركات التأمين بتمويل مثل هذه الخدمات .

تطبيقات أخرى Other Applications

ينبغي أن تكون المبادرات العلاجية والوقائية مدعومة بالتقنيات ، التي من شأنها أن تشجع المرضى على تدبر الإجراءات الطبية واتباع النصائح .

تدبر الإجراءات الطبية Coping with Medical Procedures

إن احتمال مواجهة الفرد لعملية جراحية ، أو زيارة طبيب الأسنان ، أو إجراء أي من الفحوصات الطبية الكثيرة الأخرى ، يمكن أن يكون كافياً لإثارة الخوف ، حتى في نفوس الأشداء . وربما يؤدي هذا بالعديد من المرضى إلى تأجيل زياراتهم ، أو حتى التحلي عنها بشكل نهائي .

وإزاء ذلك ، قام أخصائيو علم النفس الصحي المختصون بالطب السلوكي بتطوير تدخلات لمساعدة المرضى على التعامل مع الضغوط التي تحيط عادةً بمثل هذه الإجراءات .

Medical Examinations and Procedures الطبية والإجراءات والفحوصات

هناك بعض الفحوصات أو الإجراءات الطبية التي تثير الضغط النفسي بشكل خاص . ولكن من دونها قد لا يتم التشخيص بصورة صحيحة ، وبذلك قد يفقد المريض تدخلات يمكن أن تنقذ صحته . ومن الأمثلة الجيدة على ذلك التنظير التعرجي بالأشعة السينية (sigmoidoscopy) ، وهو إجراء شائع لفحص البطانة المخاطية للأمعاء ، لاكتشاف ما يشير إلى وجود أي ورم مرضي في البوصات العشرة الأخيرة من القولون . وهذا الإجراء من شأنه أن يساعد على الاكتشاف المبكر لسرطان القولون ، والوقاية منه . ولكن بالنسبة للعديد من المرضى ، فإن مثل هذا الإجراء يثير ضغوطاً شديدة . فهو يتضمن إدخال منظار في القولون ، مع بعض التوسيع في الأمعاء . وبالرغم من أن هذا ليس مؤلماً بدرجة كبيرة أو خطراً ، إلا أنه يثير أعصاب العديد من الأشخاص ، الذين ينظرون إليه على أنه إجراء مُهين . لذلك ، فقد طُوِّرت التدخلات التي تساعد المرضى على تدبر الضغط المرافق لهذا الإجراء ، وغيره من الإجراءات . فعلى سبيل المثال ، يمكن هنا إعطاء المريض تعليمات موجزة ، تُعده لما يمكن أن يتوقعه .

ما هو نوع المعلومات التي يمكن لها أن تساعد المرضى أكثر من غيرها على تدبر الإجراءات الطبية المثيرة للضغط النفسي؟ يتم التمييز أحياناً بين المعلومات المتعلقة بالإجراءات (procedural information) (وصف ما سيحدث) ، والمعلومات المتعلقة بالأحاسيس (sensory information) (وصف ما سيشعر به المريض من أحاسيس) . وتشير مراجعات الدراسات المتعلقة بهذا الموضوع إلى أنه بالرغم من تفوق الإعدادات الإجرائية على الإعدادات الإحساسية من حيث تقليل الآثار السلبية ، وخبرات الألم الذاتية ، وأنواع الضيق الأخرى ؛ إلا أن الإعداد الذي يجمع ما بين الإجراءات والأحاسيس ، كان الأسلوب الأكثر فعالية (e.g., Suls & Wan, 1989) .

إضافةً إلى التدخلات المعلوماتية ، فإن الأدلة تدعم استخدام التدخلات السلوكية أيضاً في مواقف معينة . فعمليات ثقب الوريد على سبيل المثال شائعة في معالجة السرطان ، ويمكن أن تكون هذه العملية مثيرة للضغط النفسي بالنسبة للأطفال الذين يخضعون للعلاج من السرطان ، ولآبائهم ، وللمرضى الذين يقومون بإجراء الجراحة (Manne et al., 1990) . ولقد طُوِّر ماني وزملاؤه تدخلاً سلوكياً للتخفيف من مستوى الضيق المرتبط بهذا الإجراء . وتشمل عناصره نشيت الانتباه (كاستخدام مهرج أثناء العملية) ، تسريع التنفس ، التعزيز الإيجابي (كالوصول على ملصقات ملونة

إذا تعاون الطفل) ، وتدريب الأهل . ولقد وجدت الأبحاث أن هذه الحزمة من التدخلات تقلل بشكل ملحوظ من الضيق السلوكي لدى الأطفال ، ومن قلق الوالدين وتقديرهما لألم الطفل . على أية حال ، فمما يثير الاهتمام هو أن هذه المعالجة لم تقلل بصورة دالة من مقدار الألم وفق التقارير الذاتية للطفل .

الإعدادات للعمليات الجراحية Preparation for Surgery

لقد أُجري قدرٌ لا بأس به من الأبحاث حول طرق الإعداد النفسي لإجراء العمليات . وكما هو الحال في التدخلات المستخدمة لإعداد المرضى للفحوصات والإجراءات الطبية ، فالتدخلات هنا تشمل (أ) أساليب الاسترخاء ، (ب) المعلومات الأساسية حول الإجراءات المستخدمة ، (ج) المعلومات المتعلقة بالأحاسيس الجسمية التي سيشتعر بها المريض أثناء العملية الجراحية ، و(د) مهارات التدبير المعرفي (Brannon & Feist, 2004) . فعلى سبيل المثال ، قام ويلسون (Wilson, 1981) . بإجراء دراسة تتمتع بمستوى عالٍ من الضبط ، تم فيها تدريب المرضى على الاسترخاء بصورة مكثفة . وفي عينة تكونت من 700 مريض يخضعون لعمليات استئصال المرارة أو الرحم ، فقد وجدت النتائج أن التدخل بالاسترخاء لم يقلل من أيام الإقامة في المستشفى فحسب ، بل وحسن من التقارير الذاتية للمرضى ، والبيانات الفسيولوجية أيضاً .

وهناك أسلوبٌ آخر استخدم مع الأطفال الذين هم على وشك الخضوع لعمليات جراحية . حيث وُجد أن مشاهدة فيلم يعرض نموذجاً تدبري (coping model) من شأنه أن يقلل من ردود الفعل الانفعالية لدى الأطفال بشكل ملحوظ أثناء فترة إقامتهم في المستشفى (Melamed & Siegel, 1975) . حيث كان يُعرض النموذج الذي يُعرض في الفيلم بطريقة تُظهر تدبره للعملية بنجاح . وكان الأطفال الذين شاهدوا الفيلم قبل خضوعهم للعملية أقل قلقاً قبل إجرائها ، كما أظهروا مشكلات سلوكية أقل بعد إجرائها . وبشكل عام ، فإن أكثر نماذج التدخل فعالية هي التي تتضمن نماذج لأشخاص (أ) يخضعون للعملية نفسها التي سيجريها الطفل ، (ب) يبدو عليهم القلق إزاء إجراء العملية ابتداءً ، و(ج) يتدبرون القلق والعملية بنجاح (Brannon & Feist, 2004) .

الالتزام بأنظمة الحماية Compliance with Regimens

وبغض النظر عن توافر استراتيجيات التدخل ، تبقى الحقيقة الماثلة أمامنا أن الكثير من الأفراد لا يلتزمون ببرامج التدخل ، أو لا يحافظون على السلوك الجديد لفترات زمنية ذات دلالة . حيث

يُقدَّر أن حوالي 50% من الأشخاص لا يلتزمون بالنصائح الطبية أو الصحية (Brannon & Feist, 2004) بينما ينبغي لاستراتيجيات البرامج الناجحة أن تخلق التزاماً واستمراراً طويلاً الأمد، وينبغي لها أيضاً أن تأخذ كلا العوامل السلوكية والنفسية الاجتماعية بعين الاعتبار.

وبشكل عام، يمكن تلخيص المؤشرات الدالة على التزام المرضى في أربع مجموعات: خصائص المرض، الخصائص الشخصية للمريض، المعايير الثقافية، والتفاعل بين الأخصائي الممارس والمريض (Brannon & Feist, 2004). ويلخص الجدول 17-2 نتائج البحث التي تبين علاقة هذه العوامل المختلفة بالتزام المريض.

لم تكن الأساليب التعليمية والإرشادية مفيدةً بشكل خاص في تحسين الالتزام، إلا أن الأساليب السلوكية أثبتت أنها أكثر نجاحاً (Brannon & Feist, 2004). وقد أوصى دي ماتيو ودي نيكولا (DiMateo & DiNicola, 1982) بعدد من الأساليب لتحسين التزام المريض:

1. استخدام الملقنات كأسلوب للتذكير (مثل تناول الدواء قبل كل وجبة، أو انصالات هاتفية من الأخصائي).
2. ملائمة نظام الحمية العلاجية لبرنامج المريض وأسلوب حياته.
3. استخدام العقود المكتوبة التي تعد بمكافأة المريض إذا ما التزم بالإرشادات العلاجية.

علم النفس الصحي: توقعات مستقبلية

Health Psychology: Prospects for the Future

كما هو معلوم، فإن علم النفس الصحي ميدانٌ في طور النمو، وتتزايد أعداد الأخصائيين النفسيين الذين يلتحقون به سنوياً. بالتالي، ربما يكون قد آن الأوان لهذا الميدان أن يقف وقفة تأمل ومراجعة للنفس، وأن يقرر أفضل الطرق في تدريب المختصين في علم النفس الصحي، وفي بناء البرامج التي تحقق أهداف هذا التدريب (Belar, 1997; Travis, 2001). وفي هذا الجزء الأخير، سنناقش عدداً من التوجهات في الرعاية الصحية، وقضايا التدريب لأخصائيي علم النفس الصحي مستقبلاً، والقضايا المهمة التي على ميدان علم النفس الصحي أن يتعامل معها مستقبلاً.

الجدول 17-2 ملخص النتائج التي تربط خصائص المرض، الخصائص الشخصية للمريض، المعايير الثقافية، والتفاعل بين الأخصائي الممارس والمريض، كعوامل للالتزام

| النتائج | |
|--|--------------------|
| 1. خصائص المرض | |
| أ. شدة المرض | لا علاقة |
| فيروس الإيدز (HIV) | لا علاقة |
| العمى | لا علاقة |
| تدخل المرض بالأنشطة اليومية أو المظهر | يزيد الالتزام |
| الألم المرافق للمرض | يزيد الالتزام |
| ب. الآثار الجانبية للأدوية | |
| العقاقير غير المريحة لفيروس الإيدز (HIV) | تقلل الالتزام |
| ج. إجراءات العلاج المعقدة | |
| عدد الجرعات مقبوماً على 3 | تقلل الالتزام |
| 2. الخصائص الشخصية للمريض | |
| أ. العمر | |
| الراشدون | |
| التمرين لمدة أقصاها 4 أشهر | يزيد الالتزام |
| التمرين بعد 4 أشهر | لا علاقة |
| فحص سرطان | علاقة جرسية منحنية |
| أدوية ضغط الدم | تزيد الالتزام |
| أدوية السكري | تزيد الالتزام |
| أدوية مرض القلب | تزيد الالتزام |
| المراهقون | |
| السكري | بقلل الالتزام |

لا فرق في التمرين لذي يتم ضمن صفوف
النساء يبدن التزاماً أكبر بالتمرين في المنزل
النساء أكثر التزاماً
النساء أكثر التزاماً

تناول الطعام وفق نظام غذائي صحي
أدوية الاضطرابات النفسية

ج. الدعم الاجتماعي

دعم الزوجات لأنظمة حماية أزواجهن
برنامج غسيل الدم
تنظيم المواعيد

يزيد الالتزام
تزيد الالتزام
يزيد الالتزام

د. الدعم الانفعالي

أدوية السكري
نظام الحماية لأمراض القلب

تزيد الالتزام
الدعم الانفعالي أفضل تنبؤاً من الزواج

هـ. عوامل الشخصية

الوسواس القهري
العداية التوكمكية

يزيد الالتزام
تقلل الالتزام

و. العوامل الانفعالية

أحداث الحياة الضاغطة
القلق

تقلل الالتزام
يقلل الالتزام

ز. المعتقدات الشخصية

الشعر التجنيبي
التحكم الذاتي

يقلل الالتزام
يزيد الالتزام

3. المعايير الثقافية

أ. مريض السكري وضغط الدم في زمبابوي
الاعتقاد بقدرة المعالجين التقليديين

يقلل الالتزام

ب. المرضى اللاتينيون

معرفة الطبيب بالثقافة اللاتينية

تزيد الالتزام

يقلل الالتزام

للأميركيين من أصل إفريقي

يقلل الالتزام

للمرضى ذوي الدخل المنخفض

4 . التفاعل بين الاختصاصي الممارس والمريض

أ . التواصل اللفظي

تزيد الالتزام

ثقة المريض بكفاءة الطبيب

يقلل الالتزام

عدم اهتمام الطبيب

ب . الخصائص الشخصية للممارس

تزيد الالتزام

الوذية

الطبيبات يقدمن معلومات أكثر

أن يكون امرأة

المصادر :

Brannon & Feist (2004). Health Psychology: An Introduction to Behavior and Health (5th ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole, pp. 89-90.

توجهات في الرعاية الصحية Health Care Trends

مع نهاية عام 1997 ، أصبح ما نسبته 85% من الأميركيين مشتركين بنوع أو بآخر من برامج إدارة الرعاية الصحية (Winslow, 1998) . وفي أنظمة إدارة الرعاية الصحية ، يأخذ تقليل الكلفة أو الحد منها أولوية عالية . وقد أشرنا في الفصول السابقة إلى التأثير الكبير الذي كان وسيبقى لإدارة الرعاية الصحية على اختصاصيي علم النفس الإكلينيكي . وهذا التأثير سيكون أكبر بالتأكيد على اختصاصيي علم النفس الصحي ؛ لأن هؤلاء الاختصاصيين يعملون عادة في المراكز الطبية ، أو مواقع الرعاية الأولية . ونتيجة للتنوع في تدريبهم ، فإن المختصين بعلم النفس الصحي مؤهلون لتوفير التدخلات التي ستعمل على تخفيض نفقات الرعاية الطبية (Belar, 1988; Brannon & Feist, 2004) . ومع إدراك قطاعات الأعمال والتجارة والصناعة للكلفة العالية الناجمة عن عادات موظفيها وأنماط حياتهم ، وما قد تؤدي إليه من تغيب وعدم كفاءة وتراجع في الأداء ، فمن المتوقع أن يتم اللجوء إلى مهارات علم النفس الصحي بشكل أكبر .

وبالرغم مما يبدو من تزايد مستمر في الحاجة إلى اختصاصيين إكلينكيين مختصين بالصحة أو الطب السلوكي ، إلا أننا يجب أن نلاحظ أيضاً ما يبدو في الوقت الحالي أنه

فائض في أعداد المهنيين في مجالات الصحة النفسية . فعلى سبيل المثال ، يقدر فرانك وروس (R. G. Frank & Ross, 1995) أن هنال حوالي 32.8 أخصائي اجتماعي ، و 22.8 أخصائي نفسي ، و 12.1 طبيب نفسي ، و 4.2 ممرض نفسي لكل 100 ألف أميركي (أي ما مجموعه 73 أخصائياً في الصحة النفسية لكل مئة ألف) . ولعل المشكلة تكمن في التعاريف المتداخلة لكل تخصص ؛ فكلها تدعي أنها تعمل على تقييم المشكلات نفسها ومعالجتها . ومع تزايد الضغوط الاقتصادية ، يصبح من الأرجح لكل تخصص أن يدمج مفاهيم وقضايا كان ينفرد بها علم النفس الصحي والطب السلوكي في السابق . لذا نجد فرانك وروس (R. G. Frank & Ross, 1995) يدعوان إلى مزيد من التنسيق بين القوى الصحية العاملة فيما يتعلق بشؤون التخطيط على المستوى المحلي :

ويتطلب تحديد وتكوين دور واضح لعلم النفس في ميدان الرعاية الصحية جهوداً في بلورة ما ينفرد به من الإسهامات المميزة ، التي تهدف إلى الدعم المتزايد للمهن الأخرى المرتبطة بالصحة وينبغي للجهود الرامية إلى تأسيس الروابط والهويات المهنية الواضحة أن تُبنى على الحوار والتنسيق والتعاون ؛ وذلك لضمان تلبية احتياجات الرعاية الصحية لأفراد المجتمع ، عن طريق أخصائيين مؤهلين ، يتسمون بالأخلاق والكفاءة (ص 524) .

قضايا في التدريب Training Issues

ما تزال برامج علم النفس الإكلينيكي مصدراً رئيسياً لأخصائيي علم النفس الصحي . ف نماذج مثل نموذج العالم-الممارس ونموذج العالم الإكلينيكي التي تتبناها معظم برامج علم النفس الإكلينيكي تتيح تدريب الأخصائيين الإكلينكيين المناسبين لميدان علم النفس الصحي . وحتى وقت قريب ، لم يكن هناك أي تخصص آخر يقدم مزيجاً كهذا من الخبرات الأكاديمية والعلمية والمهنية والميدانية ، المطلوبة للعمل في المواقع الإكلينيكية . وعلى أية حال ، فهناك تخصصات فرعية أخرى نحظى بتمثيل جيد في علم النفس الصحي . فالعديد من ورد ذكرهم في هذا الفصل هم أخصائيون في علم النفس الاجتماعي والتجريبي والفسولوجي ، وليسوا أخصائيين إكلينكيين فقط .

وفي معظمه ، فإن علم النفس الصحي ما يزال ملحقاً مؤقتاً بشكل أو بآخر ما ببرامج الدكتوراة في علم النفس . إذ يلتحق الطلبة ببرنامج علم النفس الإكلينيكي أو الاجتماعي أو التجريبي ، ومن ثم -إضافة إلى ميدان تخصصهم الدقيق- يقومون بإجراء أبحاث مختصة في الموضوعات المتعلقة بالصحة ، أو يقومون بالممارسة العملية ، أو كلا الأمرين معاً . ولربما يتعزز ذلك بالإقامة التدريبية في

موقع من مواقع الرعاية الصحية . ولكن بشكل أساسي ، يتم تضمين الخبرات الصحية في برنامج قائم فعلياً في علم النفس الإكلينيكي ، أو في تخصص آخر ذي صلة .

وينادي العديد من الأشخاص الآن ليكون علم النفس الصحي عنصراً أساسياً في تدريب جميع الأخصائيين النفسيين المهنيين (e.g., R. G. Frank & Ross, 1995) ونتيجة لأهمية قضايا الصحة واتساع نطاق تعريف علم النفس الإكلينيكي والمهني ، فإن التدريب في ميادين مثل الصيدلة النفسية ، وعلم النفس العصبي ، وعلم النفس العصبي المناعي ، يعدّ أمراً جوهرياً . إضافة لذلك ، يجب تدريب أخصائي علم النفس الصحي مستقبلاً ، بحيث يمكنهم تصميم الأبحاث وإجراءها لغايات تقييم النتائج الصحية تجريبياً . وفي الوقت الحالي ، تقدّم بعض برامج الدراسات العليا في علم النفس الإكلينيكي "مسارات" في علم النفس الصحي أو الطب السلوكي ، لكن هذا يعد استثناءً وليس قاعدة . على أية حال ، فإن التوصيات المتعلقة بمنهج التدريب في علم النفس الصحي ما تزال قيد النقاش (Brannon & Feist, 2004) .

تحديات أخرى Other Challenges

تواجه الميادين المستحدثة مشكلات في تحديد أدوار الأفراد المنتسبين إليها ؛ وعلم النفس الصحي ليس استثناءً لهذه القاعدة . ومنذ سنوات ، بينت س . إ . تايلور (S. E. Taylor, 1984) عدداً من هذه المشكلات ؛ تتمثل إحداها ببساطة في غموض الدور ، فما من أحد قادر تماماً على القول بما ينبغي أن يفعله أخصائي علم النفس الصحي ، خصوصاً في أماكن العمل الفعلية . وقد يجد أخصائيو علم النفس الصحي أنفسهم دون زملاء من الأخصائيين النفسيين الآخرين ، أو نماذج يمكنهم الاقتداء بها في الأماكن التي تُعنى بالصحة ، مما يزيد ارتباكهم وحيرتهم . ثانياً ، ستظهر القضايا المتعلقة بالمكانة . ففي الأماكن التي تعنى بالصحة ، من الواضح أن الطبيب يكون في قمة الهرم ، بينما نجد الأخصائي النفسي يتمتع بمكانة أقل في المواقع الطبية مقارنةً بالأكاديمية مثلاً . إضافة إلى ذلك ، قد تكون هنالك أهداف تنافسية بين الأخصائي النفسي وأخصائي الرعاية الصحية . فالأخير قد يكون مهتماً فقط بتحديد الطرق الآنية والمباشرة لمساعدة المرضى ، بينما يميل الأخصائي النفسي إلى التحليل العميق والحذر أثناء تفكيره في مسائل البحث والنماذج النظرية والتدخلات العلاجية .

يكشف فحص نسب ظهور الأنواع الشائعة من السرطان ، ونسب الوفيات لدى المجموعات العرقية المختلفة ، عدداً من الفروق المذهلة (Meyerowitz, Richardson, Hudson, & Leedham, 1998). وبشكل عام ، فإن الأميركيين من أصل إفريقي لديهم أعلى نسب من الإصابة والوفاة بين سائر المجموعات العرقية ؛ بينما يتمتع اللاتينيون ، والأميريكيون من أصل صيني ، والأميريكيون الأصليون ، بأدنى النسب . على أية حال ، تختلف نسب حدوث السرطان والوفاة به وفق الجندر والموقع التشريحي للسرطان . وبالتالي ، فمن الصعب أن نتوصل إلى أية نتائج عامة تركز على التصنيفات العرقية العامة . وقد كوّنت سيبرويتز وزملاؤها (Meyerowitz et al., 1998) حجة قوية للمذهب إلى ما هو أبعد من مجرد التصنيفات العرقية في محاولة لفهم أفضل لحدوث السرطان ونسب الوفيات به . فعلى سبيل المثال ، لقد وجدوا ارتباطات دالة بين العرق والقيام بفحص السرطان والمتابعة ، مما يمكن إرجاعه إلى متغيرات مثل الدخل ، والمعرفة بالسرطان وإجراءات الفحص ، والوصول إلى الرعاية الصحية ، وتوصيات الطبيب . إضافة إلى ذلك ، فقد بينوا أن العلاقة بين العرق والبقاء يمكن أن تُعزى إلى الحالة الاجتماعية الاقتصادية ، والمعرفة بالسرطان وعلاجه ، والقدرة على الوصول إلى المعالجة الملائمة ، والالتزام بالعلاج .

وهذه النتائج مهمة لعدة أسباب . فهي تبين لنا أولاً أن التعميمات الواسعة المتعلقة بالأصول الإثنية/العرقية والصحة ، قد تكون مضللة إلى حد ما ؛ إذ ربما تعود العلاقة بين العرق والمرضى إلى متغيرات أخرى ترتبط بالعرق . وهذا يشير إلى أن على الباحثين لبحث بشكل أعمق حين يجدون فروقاً عرقية ، لكي يقدموا تفسيرات نظرية أفضل للنتائج قيد الاهتمام . ثانياً ، إن المتغيرات التي عرقتها سيبرويتز وزملاؤها (1998) ذات معنى نفسي أكبر ، ويمكن أن تكون هدفاً للتدخل . فعلى سبيل المثال ، تقترح نتائجهم أن الفحص الحر والمتابعة ، والمعرفة الأفضل فيما يتعلق بالسرطان أو إجراءات الفحص ، والوصول الأفضل إلى أماكن الرعاية الصحية ، يمكنها أن تحمل عدداً أكبر من الأشخاص للقيام بالفحص ، مما يحسن فرص الاكتشاف المبكر والعلاج الناجح للسرطان .

وكوسيلة لتكوين هوية لهم وتحقيق كيانهم في المواقع التي يهيمن عليها الأطباء عادةً ، يحتاج أخصائيو علم النفس الصحي إلى توثيق جدوى التدخلات التي يقومون بها ، وفعاليتها من حيث الكلفة (Brannon & Feist, 2004; Friedman, Sobel, Myers, Caudill, & Benson, 1995). وفي هذه الحقبة من إعادة تشكيل الرعاية الصحية وإصلاحها ، تُمعن شركات التأمين والمؤسسات الحكومية النظر في الطرق والوسائل التي يمكن من خلالها التقليل من كلفة الرعاية الصحية . ونظراً لوجود العديد من التدخلات الناجعة والفعالة من حيث الكلفة ، التي يجريها أولئك المختصون في علم

النفس الصحي والطب السلوكي ، بسأل فريدمان وزملاؤه (Friedman et al., 1995) : لماذا لم يتم دمج هذه التدخلات بشكل أوسع ضمن نظام الرعاية الصحية؟ وقد اقترحوا عدة أسباب محتملة لذلك :

- 1 . العديد من البيانات التي تدعم دور علم النفس الصحي غير معروفة لدى الأطباء .
- 2 . لطالما تم التأكيد على الأصول البيولوجية للأمراض والعلل ، وذلك بدرجة دفعت بالكثيرين إلى إغفال الفوائد المحتملة من التفسيرات النفسية الاجتماعية ، والتدخلات السلوكية .
- 3 . قد يقاوم الأشخاص التدخلات (والتفسيرات) النفسية .
- 4 . ما يزال هنالك خلط بين علم النفس الصحي الإكلينيكي والطب السلوكي من جهة ، والعلاج النفسي طويل الأمد من جهة أخرى .

من الواضح أن الأطباء وشركات التأمين والحكومات وأفراد المجتمع بحاجة إلى التثقيف فيما يتعلق بدور أخصائيي علم النفس الصحي ، إضافة إلى ما يمكن أن يترتب على تدخلاتهم من فوائد مالية وإكلينيكية .

ومن التحديات الأخرى التي تواجه الميدان ، تلك المتعلقة بالأصول الإثنية/العرقية والصحة . فالتصورات الصحية (كتوقعات الحياة والوضع الصحي) لسائر الأقليات العرقية في الولايات المتحدة تتباين إلى حد كبير فيما بينها ، وهنالك حاجة للمزيد من البحث في السلوكيات الإيجابية المعززة للصحة ، والسلوكيات السلبية المؤذية لها ، بين أفراد هذه الفئات (N. B. Anderson, 1995) . ولكن كما يلاحظ برانون وفيست (Brannon & Feist, 2004) ، ففي الولايات المتحدة لا يمكن للمرء أن يأخذ العرق بالاعتبار بعيداً عن العوامل الاجتماعية والاقتصادية والتعليمية ، التي تؤثر على الصحة والرعاية الصحية . فالحرمان الاقتصادي والمستوى المتدني من التعليم يرتبطان أيضاً بنتائج صحية أسوأ ، واتصال أقل بالرعاية الصحية الملائمة . لذا فمن المهم أن نأخذ بالاعتبار عدداً من العوامل - إضافة إلى الإثنية - عند تقييمنا للصحة وللاحتياجات الصحية (انظر التوضيح 17-2 مثلاً) .

من السهل أن ينجرف المرء في حماسه وانبهاره بميدان جديد ومثير كهذا . وهذا الأمر صحيح تقريباً بالنسبة لكل مجال من مجالات علم النفس الإكلينيكي . ولكن ما تزال هناك فجوة بين ما يعد به الميدان وإنجازاته الفعلية . وكما يمكن أن يخبرك أي أخصائي إكلينيكي ذي خبرة ، فمن الصعب تغيير السلوك الإنساني بجرّة حبل . ومهما كان الأمر ، فإن علم نفس الصحة يستحق حماسنا بالتأكيد ، إضافة إلى حذرنا أيضاً (Keefe, Buffington, Studis, & Rumble, 2002) . فالعديدون متفائلون بمستقبل علم النفس الصحي ؛ وذلك نظراً إلى المتطلبات التي تضغط باتجاه رعاية صحية أفضل . وفي الحقيقة ، يعتقد بيلار (Belar, 1997) وكيفي وزملاؤه (Keefe et al., 2002)

وغيرهم ، أن علم النفس الصحي مؤهل وبصورة فريدة ليكون تخصص الممارسة المهنية لعلم النفس في القرن الحادي والعشرين .

ملخص الفصل Chapter Summary

يزداد علم النفس الصحي شهرةً يوماً بعد يوم ، وهو ميدانٌ يشتمل على إسهامات علم النفس في مجالات تعزيز الصحة ، والوقاية من المشكلات الصحية ومعالجتها ، ونظم الرعاية الصحية . ويلتزم معظم أخصائيي علم النفس الصحي بالنموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي للصحة والمرضى ، وهو نموذج يقوم على الدمج ما بين المنحى البيولوجي الطبي ، والمنحى النفسي الاجتماعي . كما أن الصلات ما بين الضغط النفسي ، ونمط الحياة والسلوك ، والشخصية ، والدعم الاجتماعي ، والصحة ؛ تشكل أساساً لميدان علم النفس الصحي . فعملية الضغط النفسي لها آثارها الفسيولوجية والانفعالية والسلوكية والمعرفية ، التي قد تزيد من احتمالات تعرض الفرد للمرض . كما أن الخيارات السلوكية ، وتلك المتعلقة بنمط الحياة ، يمكن أن يكون لها تأثيرها الكبير أيضاً على الصحة . إضافةً إلى ذلك ، هناك ارتباط بين الشخصية وأساليب التدبر من جهة ، والمرضى من جهة أخرى . وأخيراً ، يمكن للدعم الاجتماعي أن يؤثر على استعداد المرء للتعرض إلى النتائج الصحية السلبية .

ويتعامل أخصائيو علم النفس الصحي مع مدى واسع من المشكلات من خلال مبادرات التقييم والتدخل الوقائية . ومعظم التدخلات تكون ذات طبيعة سلوكية أو معرفية سلوكية ، وتتضمن تقنيات مثل تقليل الحساسية التدريجي ، والإشراف الإجرائي ، والتدريب على التحصين ضد الضغط النفسي ، والتغذية الحيوية الراجعة . هذا ، وناقشنا في هذا الفصل تدخلات معينة لحالات محددة ، وهي : الصداع المزمن ، تدخين السجائر ، إساءة استخدام الكحول ، السمّنة ، تدبر الإجراءات الطبية ، والالتزام بالمعالجة .

ويبدو أن لعلم النفس الصحي مستقبلاً باهراً ، تدفع باتجاهه الحاجة المتزايدة لتدخلات أفضل وأكثر فعاليةً للتقليل من تكاليف الرعاية الصحية . إضافةً إلى ذلك ، فإن البيانات تدعم دور أخصائي علم النفس الصحي في تقديم الرعاية الصحية .

- **الطب السلوكي (behavioral medicine):** ميدان واسع ومتعدد التخصصات من البحث والتعليم والممارسة ، يقوم على دمج العلوم السلوكية في تخصص الطب .
- **التغذية الحيوية الراجعة (biofeedback):** سلسلة واسعة من الإجراءات التي يتعلم المرء من خلالها تعديل عمليات فسيولوجية معينة أو ضبطها . وعادةً ما تتم مراقبة العملية الفسيولوجية قيد الاهتمام من خلال جهاز ما ، ويتم إعادة تغذية المريض بالمعلومات على هيئة إشارات سمعية أو لمسية أو بصرية . ومن ثم يحاول المريض تعديل الإشارة (وبالتالي تعديل الاستجابة الفسيولوجية) باستخدام تقنيات متنوعة .
- **النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي (biopsychosocial model):** نموذج نظري يزعم أن الصحة والمرض ناجمان عن المؤثرات البيولوجية (كالاستعداد الوراثي ، ونقص التغذية) ، والنفسية (مثل مدركات الفرد وانفعالاته) ، والاجتماعية (كالأصدقاء وأفراد الأسرة وأحداث الحياة) .
- **الأساليب المعرفية-السلوكية (Cognitive-behavioral methods):** تقنيات تركز على دور التفكير في التسبب بحدوث المشكلات واستمرارها ، وتحاول تعديل أنماط التفكير التي يُعتقد أنها تساهم في مشكلة المريض . وهناك عدد من المعالجات المعرفية-السلوكية التي تظهر في القوائم الحالية للمعالجات النفسية المدعمة تجريبياً .
- **التعاقد المتبادل (contingency contracting):** أسلوب إجرائي ، يقوم فيه المعالج والمريض بعقد اتفاق رسمي بينهما ، يحدد السلوكيات المرغوبة أو غير المرغوبة ، إضافةً إلى الآثار المترتبة على القيام بتلك السلوكيات أو عدم القيام بها .
- **الشرب المضبوط (controlled drinking):** منحى خلافي في معالجة مشكلات شرب الكحول ، يتخذ من الشرب الخفيف إلى المعتدل هدفاً له . إذ يتم فيه تعليم العميل مراقبة مقدار تناوله للكحول ، وتطوير استجابات تدبر بديلة لا ترتبط بشرب الكحول .
- **نقد التدرير (coping appraisal):** في نظرية دافع الحماية ؛ تقييم مدى قدرة المرء على تجنب الفعال للنتائج السلبية أو تدبرها . فإذا ما استنتج المرء أنه من غير المحتمل أن يتدبر الأمر بفعالية (من خلال الامتناع عن السلوك غير المرغوب) ، فسيزيد احتمال قيامه بسلوك معين .
- **النموذج التدبري (coping model):** شخص يوضح كيفية التدبر الفعال للمواقف الضاغطة (مثل الإعداد لإجراء طبي أو عملية جراحية) . قد تكون مشاهدة هذا النموذج أو عرض شريط له ، مفيدة للأفراد الذين هم بصدد المرور بالإجراءات نفسها .
- **مرض القلب التحيي (coronary heart disease):** مرض يتضمن تلف عضلة القلب ، ويُعزى إلى العجز في تغذية القلب بالدم .

■ الإطفاء (extinction) : عملية إزالة الاستجابات الشرطية غير المرغوبة ، بحيث لا يعود المثير الشرطي مرتبطاً بالمثير البيئي الذي أدى إلى السلوك ابتداءً .

■ نموذج السلوك الصحي (health behavior model) : نموذج نظري يفترض أن العلاقة بين التهيؤ العدائي والصحة يتوسطها القيام (أو عدم القيام) بالسلوكات الصحية ، لا النواحي الفسيولوجية للضغط النفسي .

■ علم النفس الصحي (health psychology) : تخصص في علم النفس ، يقوم بتطبيق أدوات هذا المجال للوقاية من الأمراض ، وتعزيز استمرارية الصحة ، وتحديد المتغيرات المرتبطة بالصحة والمرض ، ومعالجة الأفراد في إطار أنظمة الرعاية الصحية ، وصياغة سياسات الرعاية الصحية .

■ الإشراف الإجرائي (operant conditioning) : المبدأ الذي يقول إن السلوكات التي يتم تعزيزها تميل إلى تكرار الظهور مرة أخرى ، بينما تلك التي لا يتم تعزيزها أو يتم عقابها تميل إلى الظهور بشكل أقل .

■ الوقاية (prevention) : في علم النفس الصحي ، هي الفكرة القائلة إنه من خلال قيام الشخص بعدد بسيط من السلوكات باستمرار (مثل التمرين ، تجنب التدخين ، استخدام حزام الأمان) يمكنه أن يقلل بشكل كبير من احتمالات تعرضه للمشكلات الصحية ، الأمر الذي يمكنه أن يقلل من تكاليف الرعاية الصحية .

■ المعلومات المتعلقة بالإجراءات (procedural information) : وصف ما سيحدث حين يخضع الفرد لإجراء طبي مثير للضغط النفسي .

■ نظرية دافع الحماية (protection motivation theory-PMT) : نموذج للسلوك الصحي ، تشير إلى أن السلوك هو نتاج التفاعل ما بين تقدير التهديد وتقدير التدبير .

■ نموذج رد الفعل النفسي الفسيولوجي (psychophysiological reactivity model) : نموذج يربط بين العدائية والصحة ، حيث يفترض أن الأفراد العدائين يخبرون زيادة أكبر في نبض القلب وضغط الدم والهرمونات المرتبطة بالضغط ، عند استجابتهم لضواغط مُحتملة . ويُعتقد بأن التفاعل النفسي الفسيولوجي المتزايد يشجع تطور مرض الشريان التاجي ، وأعراض مرض القلب التاجي .

■ نموذج التهيؤ النفسي الاجتماعي (psychosocial vulnerability model) : نموذج يربط بين العدائية والصحة ، حيث يفترض أن الأفراد العدائين أكثر احتمالاً لأن يخبروا ببيئات نفسية اجتماعية أكثر ضغطاً ؛ لأن لديهم مستويات أعلى من الشك وعدم الثقة ، وهم يمسخون البيئة من حولهم باحثين عن ما يمكن أن يشير إلى إساءة المعاملة الممكنة مستقبلاً .

■ الطب النفسي الجسدي (psychosomatic medicine) : ميدان (اشتهر في أربعينيات القرن العشرين وخمسينياته ، ولكنه لم يعد شائعاً) مبني على افتراض أن حالات معينة من الأمراض

والعلل تُسببها عوامل نفسية . ويعتقد بعض المؤيدين أن كل مرض "نفسى جسدى" يأتي استجابةً لصراعاتٍ لاشعورية معينة ، تجعل الفرد مهيناً للإصابة بالاضطراب .

■ الوقاية من الانتكاس (relapse prevention) : مجموعة من الاستراتيجيات التي تقي من الانتكاس ، وتستخدم عادةً في إطار علاج سلوكيات الإدمان . حيث يُوجّه المرضى بحيث يتوقعون المواقف المشكّلة ، ثم يتم تعليمهم مهارات لتدبير تلك المواقف ، دون الانخراط في السلوكيات غير المرغوب بها . وفي حالة الزلل ، يتم تعليمهم كيفية الاستجابة بطريقة تمنعهم من الانتكاس التام .

■ الاسترخاء (relaxation) : حالة من خفض القلق والضغط والإثارة الفسيولوجية . ويمكن إحداث الاسترخاء بعدة طرق ، ويبدو أنه فعال في معالجة عدد من المسائل الصحية .

■ الفعالية الذاتية (self-efficacy) : معتقدات الأشخاص حول قدرتهم على الضبط أو السيطرة على الأحداث التي تؤثر فيهم . ويلعب هذا المفهوم دوراً بارزاً في معظم النماذج الاجتماعية-المعرفية للسلوكيات الصحية .

■ سجل المراقبة الذاتية (self-monitoring record) : سجل يُستخدم عادةً في المعالجات المعرفية-السلوكية ، حيث يقوم الفرد بمراقبة حدوث استجابات انفعالية معينة في موقفٍ ما ، بما في ذلك طبيعة الموقف المثير ، وشدة الانفعالات ، وأية ردود فعل جسمية أو سلوكية ، وعمليات التفكير آنذاك . ومن خلال فحص البيانات التي تم جمعها ، قد يكشف المعالج عن الروابط ما بين مواقف محددة والأفكار التي تراود المريض وانفعالاته وسلوكياته ، وقد يقوم بصياغة التدخلات العلاجية المناسبة .

■ المعلومات المتعلقة بالأحاسيس (sensory information) : وصف الأحاسيس التي سيواجهها الفرد حين يخضع لإجراءات طبية مثيرة للضغط النفسي .

■ الدعم الاجتماعي (social support) : عدد العلاقات الاجتماعية لدى الفرد ونوعيتها . وقد أظهرت دراسات عديدة أن الدعم الاجتماعي يرتبط إيجابياً بنتائج صحية أفضل .

■ الضغط النفسي (stress) : عملية تتضمن حدثاً بيئياً (ضاغطاً) ، وتقديره من قبل الفرد (هل يثير التحدي أو التهديد؟) والاستجابات العضوية المختلفة له (الفسيولوجية ، الانفعالية ، المعرفية ، السلوكية) ، وإعادة التقويم التي تحدث كنتيجة لهذه الاستجابات والتغيرات في الموقف الضاغط .

■ الجهاز العصبي السمبثاوي (sympathetic nervous system) : جزء من الجهاز العصبي ، مسؤول عن حشد المصادر الجسدية في المواقف الطارئة . ويمكن للإثارة السمبثاوية لفترات طويلة أن تكون لها آثار عكسية على أعضاء الجسم والوظائف العقلية وجهاز المناعة .

■ **تقليل الحساسية التدريجي (systematic desensitization) :** أسلوب استجابي للتقليل من القلق ، حيث يمارس المريض الاسترخاء أثناء تخيله للمواقف المثيرة للقلق ، وفق درجات تتدرج في شدتها . وهذه التقنية مبنية على المبدأ القائل إن المرء لا يمكنه أن يكون مسترخياً وقلقاً في الوقت نفسه .

■ **تقدير التهديد (threat appraisal) :** في نظرية دافع الحماية ؛ تقييم العوامل السلبية (مثل احتمال التعرض للأذى) التي ستؤثر على احتمالات الانخراط في سلوك معين . فإذا ما استنتج المرء أن هنالك تهديداً فورياً بسيطاً له ، فسيزيد ذلك من احتمال قيامه بالسلوك .

■ **النموذج التفاعلي للضغط النفسي (transactional model of stress) :** نموذج ينظر إلى الضغط النفسي كعملية تتضمن حدثاً بيئياً ، وتقديره من قبل الفرد (إما مهدد أو معتدل) ، واستجابات الفرد الفسيولوجية والانفعالية والمعرفية والسلوكية لذلك الحدث ، وإعادة تقييمه ثانوياً بعد ظهور استجابة الفرد ، إضافة إلى التغييرات التي تحدث في الموقف الضاغط .

■ **نمط السلوك "أ" (Type A behavioral pattern) :** نمط من أنماط الشخصية ، ارتبط بزيادة احتمال الإصابة بأمراض القلب التاجية . ومن بين عدة أمور ، فالأفراد من النمط "أ" يميلون إلى الإحساس بضغط الوقت ، يعملون بأقصى طاقتهم تقريباً حتى عندما لا يكون ذلك ضمن حدود زمنية معينة ، يصبحون عدوانيين وعدائيين عندما يُحبطون ، ويكونون محفزين لضبط بيئتهم الفيزيائية والاجتماعية ، وعلى البقاء في موقع السيطرة .

الفصل الثامن عشر

علم النفس العصبي *Neuropsychology*

- 1- ما هي الجوانب المميزة لميدان علم النفس العصبي والتقييم النفسي العصبي؟
- 2- قارن بين كل من التمرکز الوظيفي ، وتكافؤ الجهد ، والنماذج الوظيفية لوظائف الدماغ ، وبين الفرق بينها .
- 3- ما هي الأجزاء الأساسية للدماغ ، والوظائف المرتبطة بكل جزء؟
- 4- ما هي المتغيرات التي يمكن أن تؤثر في الأداء على الاختبارات النفسية العصبية؟ وكيف يتم تفسير نتائج هذه الاختبارات؟
- 5- ما هي أشكال التقييم النفسي العصبي التي من الأرجح أن يتم التركيز عليها مستقبلاً؟ ولماذا؟

محتويات الفصل:

- المنظورات والتاريخ .
- الدماغ : بناؤه ووظائفه والخلل الذي يصيبه .
- أساليب التقييم النفسي العصبي .
- التدخل وإعادة التأهيل .
- ملاحظات ختامية .
- ملخص الفصل .

ميدان علم النفس العصبي من الميادين الهامة التي نمت وتطورت في علم النفس الإكلينيكي خلال العقود الأخيرة الماضية . وقد تجلّى هذا النمو في (أ) زيادة الانتساب إلى الجمعيات المهنية النفسية العصبية ، (ب) زيادة عدد برامج التدريب التي تقدم مساقات في علم النفس العصبي ، (ج) زيادة الأبحاث والكتب والدوريات التي تُنشر اليوم حول مواضيع علم النفس العصبي . ومع انتقاله إلى مرحلة "الرشد المبكر" ، يبدو أن التحدي الأساسي أمام هذا الميدان هو الإصلاح في مجال الرعاية الصحية (Meier, 1997) . فعدد الوظائف المتاحة لأخصائيي علم النفس العصبي الإكلينيكي لم تعد الآن غير محدودة ، كما أن الخدمات الإكلينيكية التي يقدمها ستتطلب تقديمها كلفة أقل وفعالية أكبر (Meier, 1997) . على أية حال ، فلنبدأ بالعودة خطوة إلى الوراء لكي نرى بشكل أفضل كيف تطور هذا الميدان ، إضافة إلى الأدوار التي يقوم بها الأخصائي النفسي العصبي .

المنظورات والتاريخ *Perspectives and History*

وكما يشير المصطلح ، فإن لأخصائيي علم النفس العصبي قدماً في كلا المجالين النفسي والعصبي . وبالرغم من أن بعضهم كان تدريبهم الأساسي في علم النفس الإكلينيكي ، تدرب الآخرون على أيدي أخصائيي الأعصاب .

التعريفات *Definitions*

ما هو علم النفس العصبي؟ في أبسط صورة ، يمكن تعريفه على أنه دراسة العلاقة بين وظائف الدماغ والسلوك (Golden, Zillmer, & Spiers, 1992) . ويتعامل هذا العلم مع فهم وتقييم وعلاج السلوكيات التي ترتبط مباشرة بعمل الدماغ (Golden, 1984) . والتقييم النفسي العصبي أسلوب لوصف عمل الدماغ بناءً على أداء الفرد على اختبارات مقننة ، والتي أثبتت أنها مؤشرات دقيقة وحساسة للعلاقات بين الدماغ والسلوك (Golden et al, 1992) . فالأخصائي النفسي العصبي :

قد يتناول قضايا تتعلق بالتلف الدماغية في جانبي الدماغ ، وموقع ذلك التلف وتطوره . ولقد زودتنا التقييمات النفسية العصبية أيضاً بمعلومات مفيدة حول أثر أوجه القصور لدى المريض على تكيفه التعليمي أو الاجتماعي أو الوظيفي . وبما أن العديد من المرضى الذين يعانون من اضطرابات عصبية - كالأعراض الانحلالية ، أو الحوادث الوعائية الدماغية ، أو التصلب اللويجي المتعدد (multiple sclerosis) - يتباينون بشكل كبير من حيث نسبة تقدم المرض أو تحسنه ، فإن أفضل طريقة لتقييم

حدّة حالتهم تتمثل في تقييم سلوكهم بموضوعية عن طريق إجراءات التقييم النفسي العصبي (Golden et al., 1995, p.19) .

دور أخصائي علم النفس العصبي Roles of Neuropsychologists

يقوم أخصائي علم النفس العصبي بعدة أدوار مختلفة (Golden et al., 1992) . أولاً ، عادةً ما يتم استدعاؤه من قبل أخصائيي الأعصاب أو غيرهم من الأطباء للمساعدة في الوصول إلى تشخيصات معينة أو استبعادها . فعلى سبيل المثال ، قد يُظهر مريضٌ ما عدداً من الأعراض التي قد تكون ذات أساس عصبي أو انفعالي . وفي مثل هذا الموقف ، يمكن لنتائج اختبارات التقييم النفسي العصبي أن تساعد في تحديد التشخيص الملائم . ثانياً ، وبسبب التركيز على الأجهزة الوظيفية للدماغ (انظر أدناه) ، يمكن لأخصائي علم النفس العصبي أن يتنبأ بالقابلية للشفاء . وهنالك دورٌ أساسي ثالث ، يتمثل في التدخل العلاجي وإعادة التأهيل . فالمعلومات التي يقدمها أخصائيو علم النفس العصبي عادةً ما تكون مهمة للعلاج ؛ فنتائج الاختبارات قد توجهنا إلى أنواع الوظائف التي يمكنها أن تدعم جهود إعادة التأهيل . وأخيراً ، فقد يُطلب من أخصائي علم النفس العصبي تقييم المرضى ذوي الاضطرابات النفسية ، للمساعدة على التنبؤ بسير المرض (بناءً على درجة القصور المعرفي مثلاً) ، إضافةً إلى المساعدة في صياغة استراتيجيات المعالجة ، وفق نواحي قوة المريض أو ضعفه (Keefe, 1995) .

ومع إبقاء هذه التعريفات والأوصاف الخاصة بدور أخصائي علم النفس العصبي في ذهننا ، سننتقل الآن إلى استعراض تاريخي موجز لهذا الميدان .

تاريخ علم النفس العصبي History of Neuropsychology

نظريات وظائف الدماغ Theories of Brain Functioning

كما هو الحال في معظم ميادين علم النفس ، تمتد جذور علم النفس العصبي عميقاً في التاريخ . ويشير بعض الكتاب إلى أوراق البردي في الجراحة لإدوين سميث (Edwin Smith) ، وهي مخطوطة يُعتقد أنها تعود إلى الفترة الواقعة ما بين 3000 و1700 قبل الميلاد ، تناقش تمركز الوظائف في الدماغ (Walsh & Darby, 1999) . ويرى آخرون أن الحكاية بدأت حين قال فيثاغورس إن التفكير والاستدلال لدى الإنسان يتم في الدماغ . بينما يذهب آخرون باتجاه القرن الثاني بعد الميلاد ، حين حاول جالين -طبيب روماني- إثبات أن العقل يقع في الدماغ ، وليس في القلب كما ادّعى أرسطو .



الدكتور بريك جونستون أستاذ ورئيس قسم علم النفس الصحي في كلية الاختصاصات الصحية في جامعة ميسوري بكولومبيا. وهو مرخص من المجلس الأمريكي لعلم النفس العصبي الإكلينيكي ، وزميل في الأكاديمية الوطنية لعلم النفس العصبي . وتركز أبحاث د. جونستون على إعادة التأهيل المهني للأشخاص الذين يعانون من الإعاقات ، وعلى التدريب في مجال إعادة التأهيل وعلم النفس العصبي ، والإصلاح في مجال الرعاية الصحية . وقد طرحا على د. جونستون أسئلة حول خلقه واهتماماته ، إضافة إلى ما يراه حول مستقبل علم النفس الإكلينيكي وعلم النفس العصبي .

■ ما الذي أثار اهتمامك ابتداءً بميدان علم النفس الإكلينيكي؟

بدأ اهتمامي بعلم النفس الإكلينيكي حين كنت طالب بكالوريوس في جامعة ديوك ، وذلك من خلال عملي الفصلية وممارساتي الإكلينيكية . لقد تطور لدي اهتمام كبير في علم الأمراض النفسية من خلال مساق علم نفس الشواذ الذي درست ، إضافة إلى الأنشطة التطوعية التي شاركت بها في مستشفى الولاية في بونتر . وقد قادني الواجبات المتعلقة بمساق علم النفس المعرفي والإدراكي إلى اهتمام طويل الأمد بوظائف الدماغ ، وبالتالي الاهتمام بعلم النفس العصبي . وأخيراً ، وكطالب بكالوريوس ، كنت قادراً على المشاركة كمساعد بحث في دراسة تحتاج إلى ارتباطات سيكومترية حول الشعبية لدى الأطفال ، مما قادني للاهتمام بالبحث النفسي .

■ صف لنا ماهية الأنشطة التي تقوم بها كأخصائي إكلينيكي .

أعمل حالياً رئيساً لقسم علم النفس الصحي في جامعة ميسوري بكولومبيا . وبالرغم من الواجبات الإدارية والبحثية المنوطة بي ، فإن اهتمامي الأساسي ذو طبيعة إكلينيكية . إنني مرخص من قبل المجلس كأخصائي في علم النفس العصبي ، إلا أنني أرى نفسي كأخصائي إكلينيكي مختص في إعادة تأهيل ذوي الخلل الدماغي وذوي الإعاقات الجسدية . وبالرغم من عملي مع أفراد من ذوي الاحتياجات الخاصة ، فإن ما أقوم به من مهارات هي تلك التي تعلمتها في دراستي العليا . ويعتمد تقييمي للمرضى بشكل أساسي على المقابلة الإكلينيكية المفصلة والملاحظات السلوكية ، وبشكل ثانوي على نتائج الاختبارات الموضوعية . ويعتمد علاجي للأفراد الذين يعانون من خلل دماغي ، على سائر أساليب المعالجة السلوكية التي تعلمتها في دراستي الإكلينيكية العليا في جامعة جورجيا .

ومما يتفق مع الميول القائلة بحاجة الأخصائي الإكلينيكي لتطوير مهارات إدارية مستقبلاً ، فأنا أيضاً رئيس لقسم من 10 أخصائيين نفسيين ، و4 زملاء من حملة الدكتوراة ، و3 مقيمين ، وعدد من الأفراد العاملين في

الغريق . ولسوء الحظ ، فإن تدريسي الجامعي لعالي لم يهيئني للعديد من المسائل المالية والسياسية التي نواجهها اليوم ، وأمل أن تقوم برامج الدراسات العليا بعمل أفضل في تثقيف طلابنا بهذه التواحي مستقبلاً . وتركز أبحاثي على تطوير سبل النجاح المهني للأشخاص المعوقين . وقد كنت باحثاً أساسياً في حوالي 17 مركزاً محلياً للأنظمة النموذجية لحوادث إصابات الدماغ ، منذ 1998 إلى 2002 . ومن المهم ملاحظة أن 12 من 17 باحثاً أساسياً في هذه المنح هم من الأخصائيين النفسيين . هنالك فرص مذهلة للأخصائيين الإكلينكيين للتوسع في عدد من الميادين المتصلة بالرعاية الصحية والسياسات الصحية .

■ ما هي مجالات تخصصك الدقيق أو اهتماماتك الدقيقة؟

مجال تخصصي الرئيسي هو علم نفس إعادة التأهيل . وفي دراستي العليا ، أتمت خدمتي الخارجية العيانية في علم النفس العصبي بمستشفى العسكريين القدامى في كنساس سيتي ، وذلك بالرغم من أنني لم أكن قد طبقت مقياس وكسلر لذكاء الراشدين (WAIS) قبل ذلك الحين . وقد عمقت تلك الخبرة من اهتمامي بالعمل مع الأفراد الذين يعانون من الخلل الدماغي . وتشمل اهتماماتي الإكلينيكية والبحثية القيام بالتقييمات النفسية العصبية بشكل يرتبط بالوظائف بصورة أكبر . ونتيجة لعوامل تاريخية ، فقد تطور تخصص علم النفس العصبي بشكل أساسي للمساعدة على تقييم الاضطرابات المختلفة ، والتعرف على العلاقات بين الدماغ والسلوك . على أية حال ، فمع ظهور التقنيات النفسية العصبية الدقيقة ، يحتاج علم النفس العصبي لأن يصبح أكثر صلة من ناحية وظيفية ، وأن يركز على أساليب العلاج العملية للأفراد الذين يعانون من إصابات في الدماغ ولأفراد أسرهم . لقد تعلمت الكثير فيما يتعلق بعلم نفس إعادة التأهيل من زملائي في قسم العلاج الطبيعي وإعادة التأهيل ، وهدفني هو تحسين المعالجات النفسية العصبية للأفراد الذين يعانون من خلل دماغي ، وتطوير الخطوط الإرشادية لتدريب أخصائيي علم النفس العصبي بحيث تضمن تدريباً أفضل فيما يتعلق بمسائل إعادة التأهيل والإعاقة .

■ ما هي التوجهات المستقبلية التي تتوقعها لعلم النفس الإكلينيكي؟

من المثير والممتع دوماً تصور مستقبل علم النفس ، خصوصاً مع أخذ احتمالات وفرص النمو بالاعتبار ، إضافة إلى الضغوط المتعلقة بإدارة الرعاية الصحية . من الناحية الإيجابية ، ما يزال أخصائيو علم النفس الإكلينيكي يؤسعون نطاق خبرتهم في ميادين غير تقليدية في الصحة النفسية . وفي موقعي الحالي ، فإن الأخصائيين الإكلينكيين الذين يعملون كباحثين أساسيين ضمن المنح المقدمة من مؤسسة روبرت وود جونسون يركزون على (1) تطوير برامج إدارة الرعاية الصحية الطبية للأفراد المعوقين ، (2) البحث في تأثير إدارة الرعاية الصحية على الأطفال المعوقين في المناطق الريفية . وهناك أخصائيون نفسيون آخرون في القسم يعملون كباحثين أساسيين ضمن منح مقدمة للبحث في استخدام التطبيقات الطبية عن بُعد للأفراد من ذوي إصابات الدماغ ، وأحد زملائي هو الأخصائي النفسي الوحيد من بين الباحثين الأساسيين لسبعة عشر العاملين في إطار البرامج التي تبحث في نموذج إصابات الحبل الشوكي . إضافة إلى ذلك ، فالعديد من الأخصائيين النفسيين في كلية الطب يبحثون في عدد من فئات المرضى التي يمكنها الاستفادة من الخدمات النفسية (بما فيها تلك المتعلقة بالأمراض العامة ، والأمراض المعدية ، وأمراض شرايين القلب) .

■ ما هي بعض التوجهات المستقبلية التي نتوقعها لعلم النفس العصبي؟

أرى أن تخصص علم النفس العصبي يسير باتجاهين ، أولهما موجه نحو التركيز على البحث ، مع مزيد من البحث حول العلاقات الدقيقة بين الدماغ والسلوك . إن تطور التقنيات النفسية العصبية الدقيقة سيتيح لنا فهماً أكثر لطرق عمل الدماغ . ومن ناحية أخرى ، أتوقع أن يركز علم النفس العصبي الإكلينيكي على تطوير التقويم والعلاج فيما يتعلق بإعادة التأهيل . وفي المستقبل ، سنتعرف بشكل أفضل على الأسباب الإيتولوجية للمصعوبات التي يعاني منها معظم الأفراد المحالين للتقسيم النفسي العصبي . بالتالي ، سيحتاج اختصاصي علم النفس العصبي إلى وضع وتطوير توصيات علاجية محددة . لمساعدة الأفراد على القيام بوظائفهم اليومية في المنزل أو العمل أو المدرسة .

على أية حال ، يبدو تاريخياً أن القاعدة الأساسية الأولى في علم النفس العصبي كانت قد وُضعت في القرن التاسع عشر (Hartlage, 1987) . إذ بدأ الباحثون يدركون العلاقة بين تلف مناطق معينة في الدماغ ، والعجز الوظيفي في سلوكيات تكيفية معينة . ولعل الإشارات الأولى لهذا الفهم جاءت مع فرانز جول (Franz Gall) ونظريته في فراسة الدماغ ، والتي تلقى الآن تشكيكاً ورفضاً . وقد اعتقد جول بإمكانية قياس فروق فردية معينة في الذكاء والشخصية (مثل مهارات القراءة) من خلال ملاحظة البروزات والانبعاجات في الجمجمة . بالتالي ، فحجم منطقة معينة من الدماغ يحدد ما يقابلها من قدرات وعمليات نفسية لدى الشخص . وقد كان ذلك أول إشارة لفكرة التمرکز الوظيفي (localization of function) . وقد لقيت هذه النظرية دعماً أكبر من خلال الأعمال الجراحية لپاول بروكا (Paul Broca) عام 1861 . فالملاحظات التي جمعها بروكا من تشريحه لجشتين لمريضين فقدتا قدرتهما على الكلام ، جعلته يفتنع أنه وجد منطقة الكلام التعبيري . وخلال السنوات الثلاثين إلى الأربعين التي تلت ذلك ، عُرِضت عدة كتب خرائط للدماغ تحدد الوظائف الأساسية فيه (Golden, 1984) .

أما آخرون أمثال پيري فلورنر (Pierry Flourens) ، فقد كانوا يقومون جراحياً بإتلاف مناطق معينة من أدمغة الحيوانات ، ثم يلاحظون ما ينجم عن ذلك من فقدان للوظائف أو السلوكيات . وقد قادت هذه الأعمال فلورنر -وکارل لاشلي في بدايات القرن العشرين- إلى جدال حول مصطلح تساوي الجهد (equipotentiality) أي أنه بالرغم من وجود مواقع لوظائف الدماغ بالتأكيد ، إلا أن قشرة الدماغ تعمل في الحقيقة ككل متكامل ، لا كوحدات منعزلة ، فلا يوجد تمرکز للوظائف فيها . وبالتحديد ، فالوظائف العقلية العليا تتوسطها عمليات من الدماغ ككل ، وأية إصابة في الدماغ ستؤثر على هذه الوظائف العليا . ومع ذلك ، هناك قابلية لأن تقوم إحدى مناطق القشرة الدماغية بوظيفة منطقة أخرى نالفة .

إلا أن كلتا نظريتي التمرکز الوظيفي وتساوي الجهد تواجه بعض المشاكل ، فظرية التمرکز الوظيفي لم تستطع أن تفسر السبب الذي يجعل التلف في مناطق مختلفة من الدماغ يؤدي إلى العجز أو العطل نفسه ، بينما لم يستطع مؤيدو نظرية تساوي الجهد تفسير كيف أن بعض المرضى الذين يعانون من تلف بسيط جداً يُظهرون عيوباً سلوكية محددة وملحوظة (Golden et al., 1992) . على أن هنالك نظرية أخرى بديلة تدمج بين هذين المنظورين ، وهي نظرية النموذج الوظيفي (functional model) التي اقترحها جاكسون في البداية ، وتبناها أخصائي علم النفس العصبي السوفيتي لوريا (Luria) ، وهي تقول إن مناطق الدماغ تتفاعل مع بعضها بعضاً لتنتج السلوك . حيث "يُنظر إلى السلوك كنتيجة لعدد من الوظائف أو الأجهزة المرتبطة بمناطق محددة من الدماغ ، بدلاً من اعتباره ناجماً عن مناطق دماغية مركزية أو منفصلة . والاضطراب في أية مرحلة هنا كفيل بإيقاف جهاز وظيفي معين" (Golden et al., 1992) والمهم في هذه الصياغة هو إمكانية تطبيقها على العديد من النتائج الإكلينيكية التي لا تتسق مع النظريتين السابقتين . ووفقاً للنموذج الوظيفي ، فإن طبيعة العجز السلوكي تعتمد على طبيعة الجهاز الوظيفي (مثل الإثارة ، أو الإدراك ، أو التخطيط للسلوك) الذي تأثر ، إضافة إلى موقع التلف ضمن ذلك الجهاز . وأخيراً ، ومن خلال عملية تسمى بإعادة التنظيم ، يصبح الشفاء من التلف الدماغي أمراً ممكناً أحياناً .

التقييم النفسي العصبي Neuropsychological Assessment

فيما يتعلق بوجود أدوات محددة للتقييم النفسي ، لطالما بقي علم الأعصاب -ولزمن طويل- متأثراً بأفكار تعتبر الدماغ يقوم بعمله ككتلة واحدة . وقد جعلت هذه الأفكار من تمرکز الوظائف هدفاً ثانوياً للتشخيص ، وغالباً ما أدت إلى النظر إلى تلف الدماغ كظاهرة مركزية . وقد كانت الاختبارات النفسية المستخدمة (مثل اختبار بينتون للاحتفاظ البصري ، واختبار جراهام-كيندال لذاكرة الأشكال) عبارة عن أدوات موجهة نحو التقييم البسيط لوجود تلف دماغي أو غياب مثل هذا التلف . أما فيما يتعلق بالمعلومات المتصلة بارتباط اختبارات معينة بأنواع محددة من التلف الدماغي ، فلم تُجمع بصورة فعالة .

لقد بدأ علم النفس العصبي بالنمو كميدان مستقل بعد الحرب العالمية الثانية ، وذلك بسبب (أ) الأعداد الكبيرة لإصابات الدماغ في الحرب ، و(ب) تطور ميدان علم النفس الإكلينيكي نفسه (Hartlage, 1987) . ومن التطورات المهمة في الفترة التي عقت ذلك ، ظهور أعمال وارد هالستيد (Ward Halstead) . فمن خلال ملاحظته للأشخاص الذين يعانون من تلف دماغي في مواقعهم الطبيعية ، استطاع هالستيد التعرف على خصائص دقيقة محددة لسلوكهم . وبعد ذلك ، حاول أن يقيم هذه الخصائص من خلال تطبيق عدد من الاختبارات النفسية على أولئك المرضى . ومن

خلال التحليل العاملي ، استقر على 10 مقاييس شكّلت في النهاية بطارية الاختبار التي جاء بها . بعد ذلك ، قام رالف ريتان (Ralph Reitan) -وهو أحد طلبة هالستيد في الدراسات العليا- بتحسين هذه البطارية من خلال حذف اختبارين ، وإضافة عدد آخر من الاختبارات . وفي وقت لاحق ، أصبح ريتان وزملاؤه قادرين على ربط الاستجابات على هذه الاختبارات بنواح مميزة من تلف الدماغ ، مثل صعوبات الحركة الجانبية . وقد تمّ تجميع هذا الجهد في بطارية اختبار هالستيد-ريتان (Halstead-Reitan Neuropsychological Test Battery) وبحلول عام 1980 ، تم تطوير بطارية اختبار لوريا-نبراسكا (Luria-Nebraska Neuropsychological Battery) ومن الشائع الآن استخدامها كبديل لبطارية هالستيد-ريتان . سيكون لدينا المزيد لنقله حول هذين الاختبارين وغيرهما من الاختبارات النفسية العصبية في جزء لاحق .

هناك تطور تاريخي إضافي يستحق الذكر هنا . فأخصائيو علم النفس العصبي الإكلينيكيون المعاصرون يتبنون بشكل متزايد منحى البطاريات المرنة في التقييم ؛ إذ أنها تتيح إجراء تعديل على تقييم الفرد بناءً على الأعراض الإكلينيكية للحالة ، وعلى الفرضية التي يتبناها أخصائي علم النفس العصبي . فبطاريات مقننة مثل هالستيد-ريتان ولوريا-نبراسكا قد يكون عفا عليها الزمن ، وليس من السهل تعديلها لتتلاءم مع مواقف إكلينيكية معينة . وسنقارن بين منحيّ البطارية المقننة والبطارية المرنة لاحقاً في هذا الفصل .

الدماغ: بناؤه، ووظائفه، والخلل الذي يصيبه

The Brain: Structure, Function, and Impairment

قبل أن نواصل حديثنا ، سيكون من المفيد أن نعرض بعض النواحي الهامة للدماغ بصورة مختصرة . ويمكن الحصول على بيانات تفصيلية من كتب أو مراجع أخرى (e.g., Golden et al., 1992; Walsh & Darby, 1999)

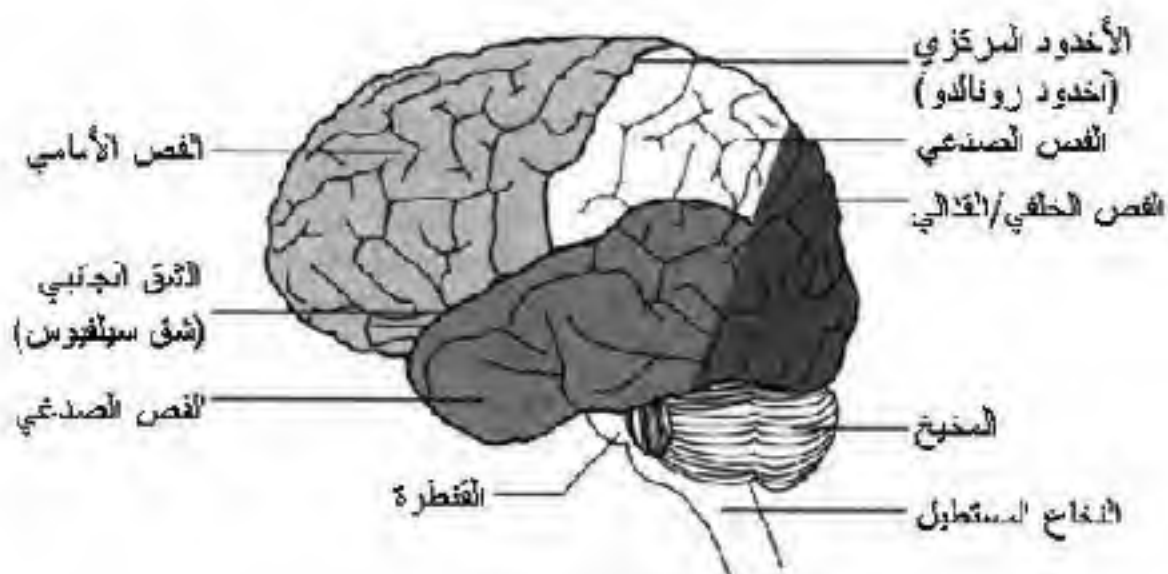
بنية الدماغ ووظائفه Structure and Function

يتكون الدماغ من نصفين . فالنصف الدماغى الأيسر يتحكم بالجانب الأيمن من الجسم ، ويُعتقد بأنه أكثر ارتباطاً بوظائف اللغة والاستدلال المنطقي والتحليل التفصيلي لدى جميع الأفراد الذين يعتمدون على اليد اليمنى ، ولدى عدد كبير ممن يعتمدون على اليد اليسرى أيضاً . بينما يتحكم النصف الدماغى الأيمن بالجانب الأيسر من الجسم . وهو أكثر ارتباطاً بالمهارات البصرية

المكانية والإبداع والأنشطة العضلية وإدراك الاتجاهات . ولكن مرةً أخرى ، لاحظ أن بعض من يعتمدون على اليد اليسرى قد يعكسون هذا النمط النصفى . فهذان النصفان يتواصلان معاً عن طريق الجسم الجاسى ، والذي يساعد على تنسيق سلوكنا المعقد وتوحيده .

ولكل نصف دماغي أربعة فصوص : الفص الأمامي ، والصدغي ، والجداري ، والخلفي أو القذالي (انظر الشكل 1-18) . والفصان الأماميان (frontal lobes) هما الجزءان الأكثر تطوراً من الدماغ في الوقت الحالي . وهما يتيحان لنا ملاحظة سلوكياتنا ومقارنتها ، وردود أفعال الآخرين أيضاً ، بهدف الحصول على التغذية الراجعة الضرورية لتعديل سلوكنا أو تحقيق أهداف مهمة بالنسبة لنا . كما أن الوظائف التنفيذية منوطة بالفصين الأماميين ؛ كالتشكيل والتخطيط وتنفيذ المبادرات الموجهة نحو هدف . وأخيراً ، ترتبط أيضاً بهذين الفصين وظيفة التشكيل الانفعالي ؛ أي القدرة على مراقبة المرء لحالته الانفعالية والسيطرة عليها .

ويتوسط الفصان الصدغيان (temporal lobes) بين التعبير اللفظي والإدراك والتحليل ، كما أنهما يشاركان في المعالجة السمعية للنغمات والأصوات والإيقاعات ، والمعاني ذات الطبيعة غير اللغوية . ويرتبط الفصان الجداريان (parietal lobes) بالإدراك الحسي الحركي ، والفهم ، والإدراك المكاني ، وبعض الفهم اللغوي والمعالجة اللغوية . أما الفصان الخلفيان أو القذاليان (occipital lobes) ، فهما موجهان بشكل أساسي نحو المعالجة البصرية وبعض أوجه الذاكرة البصرية غير المباشرة . بينما يرتبط التناسق الحركي والتحكم بالتوازن والحالة العضلية ، بالمخيخ (cerebellum) .



الشكل 1-18 القشرة الدماغية

ما الذي يسبب تلفاً في الدماغ؟ هنالك عدة احتمالات .

الصدمة Trauma

تقدّر إصابات الرأس في الولايات المتحدة الأميركية وحدها بمليوني إصابة كل عام (R. J. Smith, Barth, Diamond, & Giuliano, 1997). وتتراوح الحوادث المسببة لهذه الإصابات من حوادث المركبات إلى السقوط عن السلالم ، ونشأتها واسعة المدى . كما أن طبيعة إصابة الرأس (كأن تكون مغلقة مقابل مفتوحة/مختزقة) لها أبعادها أيضاً . وبالرغم من أن معظم إصابات الرأس تعدّ متوسطة ، إلا أن نسبة لا بأس بها من الحالات تحتاج إلى دخول المستشفى . وصدّات الرأس هي أحد الأسباب الرئيسية التي تؤدي إلى الوفاة والعجز بين الشباب اليافعين الأميركيين (R. J. Smith et al., 1997).

ويمكن تصنيف الآثار الرئيسية لإصابات الرأس إلى ارتجاجات وكدمات وتمزقات . وعادةً ما ينجم عن الارتجاجات (concussions) (ارتجاج الدماغ) اختلالات مؤقتة في وظائف الدماغ رغم عدم حدوث تلف دائم (إلا إذا حدثت ارتجاجات متكررة ، كما يحدث في مباريات كرة القدم الأميركية أو كرة القدم أو الملاكمة مثلاً) . وتشير الكدمات أو الرضوض (contusions) إلى الحالات التي يتم فيها تحريك الدماغ من موضعه الطبيعي وضغطه باتجاه الجمجمة . ونتيجةً لذلك ، يرتضّ النسيج الدماغى . ويمكن أن تكون الآثار الناجمة شديدة وقد تتبعها غيبوبة وهذيان . أما التمزقات (lacerations) فتشمل القطع أو التمزيق الفعلى لنسيج الدماغ وتلفه . ويمكن أن تحدث نتيجةً للرصاص أو الأجسام الطائرة مثلاً . وهذه التمزقات بالطبع هي أشكال خطيرة من التلف .

الحوادث الوعائية الدماغية Cerebrovascular Accidents

عادةً ما يسمى انسداد الأوعية الدموية في الدماغ أو تمزقها عادةً ، اصطلاحاً ، بـ "الجلطة" . وهو سبب شائع جداً في إحداث التلف الدماغى لدى الراشدين ، وتعد الجلطة من الأسباب الرئيسية المؤدية للوفاة في الولايات المتحدة (وغيرها من الدول) . وبالرغم من ظهورها بشكل رئيسى في الشيخوخة ، فإن الجلطة من المسببات الشائعة لوفاة الراشدين في منتصف العمر (Mora & Bornstein, 1997) . وعند حدوث الانسدادات (occlusions) ، تقوم خثرة دماغية بسدّ الوعاء الدموى الذي يغذى منطقة معينة من الدماغ . الأمر الذي قد يسبب

الحبسة (aphasia) (ضعف لغوي)، أو العمه الحركي (apraxia) (عدم القدرة على أداء حركات إرادية معينة)، أو العمه (agnosia) (الإدراك الحسي المشوّه). وفي حالة النزيف الدماغي (cerebral hemorrhage)، تؤدي تمزقات الوعاء الدموي إلى سيلان الدم خلال النسيج الدماغي، مما يلحق التلف به أو يدمره. وتعتمد الأعراض التي تتبع ذلك على مكان الإصابة وشدها. وفي الحالات الشديدة جداً، تكون النتيجة هي الموت. أما أولئك الذين ينجون من الموت، فعادةً ما يصابون بالشلل، أو بمشكلات كلامية، أو صعوبات تتعلق بالذاكرة والحكم... إلخ.

من المهم جداً أن يتم نقل المرضى المصابين بالجلطة إلى المستشفى فوراً. ويمكن للأدوية التي تعمل على تذويب الانسداد (الأدوية "المذيبية للجلطة") أن تحد من التلف الدائم الذي يمكن أن ينجم عن جلطات الأوعية الدموية. إضافة إلى ذلك، يتم الآن تطوير أدوية جديدة تعمل على الوقاية من توالي ردود الفعل الكيميائية، والمسؤولة عن التلف العصبي، أو حتى الموت (مثل منشط الأنسجة البلازمينوجينية - (Fagan et al., 1998) (tissue plasminogen activator-tPA). بالتالي، يمكن أن يكون الإجراء السريع ذا فائدة كبرى في العديد من الحالات.

الأورام Tumors

يمكن للأورام الدماغية أن تنمو خارج الدماغ أو داخله، أو تنجم عن خلايا متنقلة تنتشر عن طريق السوائل الجسدية من عضو آخر من الجسم، مثل الرئة أو الثدي (Berg, 1997). وعادةً ما تكون الإشارات الأولية لأورام الدماغ خفيفة إلى حد ما، ويمكن أن تشمل: الصداع، مشكلات في الرؤية، تدهور التدريجي في القدرة على الحكم... إلخ. ومع نمو الورم تنمو أعراض أخرى أيضاً (كضعف الذاكرة، أو المشكلات الانفعالية، أو ضعف التناسق الحركي). ويمكن إزالة الأورام جراحياً، ولكن هذه العملية نفسها قد تؤدي إلى تلف أكبر في الدماغ. وهناك من الأورام ما لا يكن إجراء عملية له، أو ربما يقع في أماكن يكون من الخطر إجراء عملية جراحية فيها. وفي مثل هذه الحالات، عادةً ما يتم استخدام المعالجات الإشعاعية.

الأمراض الانحلالية Degenerative Disease

ويتم تمييز هذه المجموعة من الاضطرابات من خلال انحلال الخلايا العصبية في الجهاز العصبي المركزي (Allen, Sprenkel, Heyman, Schramke, & Heffron, 1997) وتشمل الأمراض الانحلالية الشائعة: مرض رقص هانتينجتون (Huntington chorea)، ومرض باركنسون (Parkinson's disease)، ومرض الزهايمر (Alzheimer's disease)، وغيرها من أشكال

الخرف . ومرض الزهايمر هو أكثر الأمراض الانحلالية شيوعاً (ويظهر عادةً في عمر 65 عاماً أو أكثر) ، ويليه مرض باركنسون (يظهر في الخمسينات أو الستينات من العمر) ، وأخيراً مرض رقص هانتينجتون (ويظهر في الثلاثينات إلى الخمسينات من العمر) . وفي الحالات الثلاث ، يكون هنالك انحلال دماغي متزايد ، إضافةً إلى أعراض أخرى في المناطق الحركية . وفي النهاية ، يُظهر مرضى هذه الفئات اضطراباً حاداً في المناطق الحركية ، بما فيها صعوبات في الحركة والكلام واللغة والذاكرة والحكم .

نقص التغذية Nutritional Deficiencies

يمكن أن يؤدي سوء التغذية في النهاية إلى اضطرابات عصبية ونفسية . وعادةً ما تتم ملاحظة ذلك في حالات دُهان كورساكوف (Korsakoff's psychosis) (الناجم عن مشكلات غذائية سببها سوء العادات الغذائية لدى مدمني الكحول لفترات طويلة) ، البلجر (pellagra) (نقص الحامض النيكوتيني/فيتامين ب3) ، والبري بري (beriberi) (نقص الثيامين/ب1) .

الاضطرابات السُميّة Toxic Disorders

هنالك مجموعة مختلفة من المعادن والسموم والغازات ، وحتى النباتات ، التي يمكن أن يتم امتصاصها عن طريق الجلد . وفي بعض الأحيان ، تكون النتيجة تأثيراً سُمياً قد يؤدي إلى تلف في الدماغ . ويعد الهذيان (delirium) اختلالاً في الوعي) من الأعراض الشائعة التي ترافق هذه الاضطرابات .

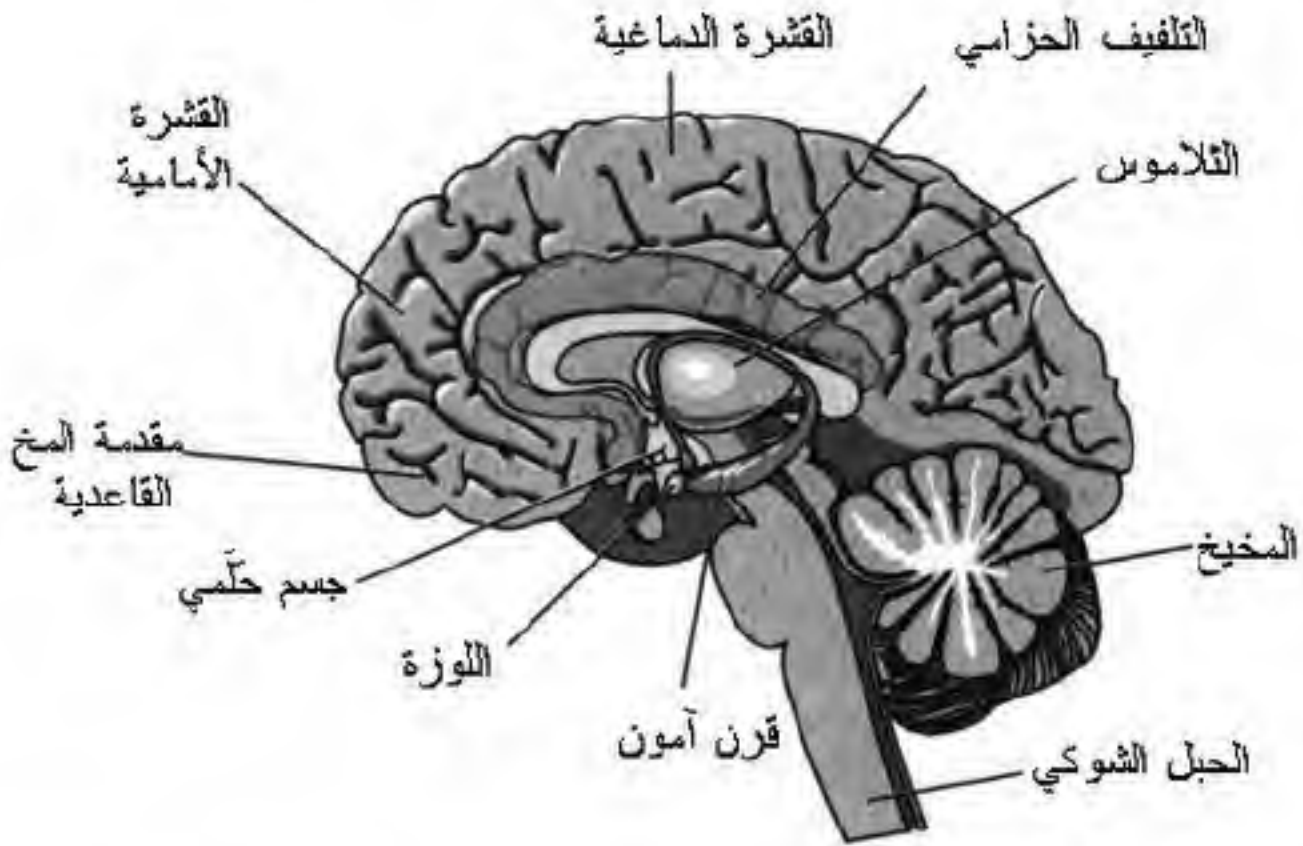
إساءة الاستخدام المزمنة للكحول Chronic Alcohol Abuse

غالباً ما يؤدي التعرض المزمن للكحول إلى ما يسمى بـ "التحمل" (tolerance) والاعتماد على الخمر . ويبدو أن للتحمل والاعتماد ارتباطاتهما العصبية ، والتي تشمل مثلاً تغييرات في حساسية النقل العصبي وتقلص النسيج الدماغي .

الشكل 18-2 أجزاء الدماغ التي تتأثر بالاستخدام المزمن للكحول

المصدر : The Ninth Special Report to the Congress on Alcohol and Health (1997)

U. S. Department of Health and Human Services. p.150



وهناك عدة مناطق من الدماغ التي يبدو أنها قابلة للتلف بشكل خاص نتيجة للاستخدام المزمن للكحول (U. S. Department of Health and Human Services, 2000) وسنشير هنا فقط إلى بعض النتائج الأكثر اتسافاً وتماسكاً هنا . إن الجهاز الحدي أو الفاصل (limbic system) هو شبكة من الأبنية ضمن الدماغ ، ترتبط بتشكيل الذاكرة والتنظيم الانفعالي والتكامل الحسي . ولقد بينت الدراسات التي أجريت على مدمني الكحول وجود صعوبات في هذه المناطق الوظيفية . والدماغ الثنائي هو منطقة قريبة من مركز الدماغ ، الذي يتضمن الأجسام الحليمية للهيپوثلاموس . وتبين الدراسات حدوث تقلص أو ضرر في هذه المناطق نتيجةً للتعرض المزمن للكحول ، كما أن صعوبات التذكر لدى مدمني الكحول تنسجم مع هذه النتائج . لقد أظهرت عدة دراسات أيضاً نتائج تشير إلى أن مدمني الكحول يُظهرون ضموراً في قشرة الدماغ . وأخيراً ، تشير الأبحاث إلى أن الكحول له أثره في إتلاف المخيخ ، مما يؤثر على التناسق الحركي لدى المريض . ويمكن أن يشير تاريخ من حوادث السقوط أو المركبات ، إلى تلف عصبي نتيجة الإدمان على الكحول أو إساءة استخدامها . ويبين الشكل 18-2 هذه المناطق الدماغية التي شملتها دراسات آثار الكحول على الدماغ .

Consequences and Symptoms of Neurological Damage

يمكن أن ينجم عن إصابات الدماغ أو الصدمات أعراض معرفية وسلوكية مختلفة . ولسوء حظ أخصائي التشخيص ، فإن العديد من هذه الأعراض ترتبط أيضاً باضطرابات نفسية أخرى تقليدية . إضافة إلى ذلك ، فإن استجابات المرضى للتلف العصبي قد تشير ردود أفعال نفسية وانفعالية . فعلى سبيل المثال ، قد يصبح المريض الذي يعاني من تلف عصبي مكتئباً لعدم قدرته على أداء مهام يومية معينة . وهذا بدوره يمكن أن يؤدي إلى غموض عملية التشخيص الفارقي وتعقيدها . ومع وضع هذه الصعوبات جانباً ، يبقى هناك عددٌ من الأعراض الشائعة الأخرى المرتبطة بالتلف العصبي في القائمة التالية . على أية حال ، من الجدير بالذكر أن كل واحد من هذه الأعراض قد يظهر في جميع هذه الاضطرابات ، هذا بالإضافة إلى وجود تفاوت كبير بين المرضى الذين يعانون من الاضطراب نفسه .

- 1 . خلل في التوجه للزمان والمكان : كعدم القدرة على معرفة المرء لنفسه مثلاً ، أو تسمية ذلك اليوم من الأسبوع ، أو معرفة ما يحيط به .
- 2 . خلل الذاكرة : ينسى المريض الأحداث ، وخاصةً الحديثة منها ، وأحياناً يختلق ذكريات ليملاً الثغرات في ذاكرته ، وقد يُبدي مقدرةً ضعيفة على تعلم المعلومات الجديدة والاحتفاظ بها .
- 3 . خلل الوظائف الذهنية : يمكن أن تتأثر وظائف الفهم ، وإنتاج الكلام ، والحساب ، والمعرفة العامة (مثل عدم القدرة على تعريف كلمات بسيطة ، أو تسمية رئيس الولايات المتحدة الأميركية ، أو جمع الأرقام) .
- 4 . خلل الحكم : يواجه المريض صعوبة في اتخاذ القرارات (لا يمكنه اتخاذ قرار حول ما سيتناوله على الغداء ، أو متى سيذهب للنوم . . . إلخ) .
- 5 . الضحالة الوجدانية وعدم الاستقرار الوجداني : يضحك الشخص أو ينتحب بسهولة وبصورة غير ملائمة للموقف عادةً ، وينتقل من الفرح إلى البكاء إلى الغضب بسرعة كبيرة جداً مثلاً .
- 6 . فقدان المرونة الانفعالية والعقلية : قد يعمل الأفراد بصورة جيدة ومنطقية ما داموا ضمن ظروف عادية ، لكن الضغوط (كغموض الموقف والمتطلبات الذهنية والضيق الانفعالي) ما تلبث أن تزداد ، فتؤدي إلى تدهور في الحكم وإلى ردود فعل انفعالية ، ومشكلاتٍ مشابهة .

- 7 . متلازمة الفص الأمامي : هناك مجموعة من خصائص الشخصية التي تتبع تلف نسيج الفص الأمامي نتيجة للجراحة أو الورم أو الإصابة . وعادةً ما تتضمن الأعراض : ضعف

السيطرة على النزوات ، ضعف الحكم الاجتماعي والقدرة على التخطيط ، عدم الاكتراث بنتائج أفعال المرء ، فتور الشعور واللامبالاة ، بعض الشك ، وثورات الغضب المزاجية .

وبين التوضيح 1-18 التغيرات التي يمكن أن تحدث للشخصية عقب مثل هذه الإصابات .

علاقات الدماغ والسلوك Brain-Behavior Relationships

قبل أن نقوم بوصف تقنيات تقييم محددة ، ينبغي أن نستعرض باختصارٍ على الأقل بعض الطرق الأساسية في النظر إلى العلاقة ما بين الدماغ والسلوك .

لقد رأينا كيف أصبح التمرکز الوظيفي وجهة نظر شائعة في النصف الثاني من القرن التاسع عشر . وما تزال الفكرة القائلة بوجود مناطق محددة من الدماغ تسيطر على سلوكيات معينة ، مبدأً أساسياً فاعلاً بين أخصائيي علم النفس العصبي . ومثل هذا المبدأ يعني أنه من المهم معرفة موقع الإصابة في الدماغ عند تقييم تلفه . كما أن حجم الإصابة يكون مهماً فقط بمقدار ما تشمله الإصابة من مناطق في الدماغ (Golden, 1984) . وفي الحقيقة ، قد تؤدي بعض الأورام إلى ضغطٍ داخلي في الجمجمة ، مما يعطل مناطق أخرى بعيدة عن الورم نفسه . على أية حال ، فالفكرة الأساسية هي أن الإصابات ذات الحجم الواحد في مناطق مختلفة من الدماغ ، تؤدي إلى صعوبات سلوكية مختلفة (Krech, 1962) .

التوضيح 1-18

التغيرات التي قد تحدث للشخصية بعد إصابة الدماغ : حالة توضيحية

فقد أحد محاربي فيتنام الجزء الأيمن كاملاً من دماغه في انفجار أحد الألغام . وتقول أمه وزوجته إنه كان لطيفاً وبقظاً وعاملاً مجداً في منشأة قبل التحاقه بالخدمة العسكرية . حين عاد إلى المنزل ، كانت جميع وظائفه الكلامية ومعظم قدراته على الحديث سليمة لم تُمس . كما لم يكن يشعر بالقلق أبداً ، ولا هم له في الدنيا . لقد أصبح متراحياً جداً ومدلاً لنفسه ، ومفتقراً للحبوبة والحساسية تجاه الآخرين بشكل عام . ولم تكن زوجته قادرة على جعله يشاظرها اهتماماتها حين كان طفلهما يعاني من الحمى ، أو عندما يحين موعد دفع إيجار المنزل . ولم يكن عليها أن تتولى الميزانية المالية ومسؤوليات الأسرة والمنزل وأن تقوم بالتخطيط فحسب ، بل كان عليها أن تتأكد أيضاً أن زوجها قد ذهب إلى العمل في موعده ، وأنه لم يشتري خمرأ بأموال التعويض ، ولم ييذرهما بحماسة قبل عودته إلى المنزل آخر الأسبوع . ولعدة سنوات ، كان الوضع متأزماً ، بالنسبة للزوجة فيما إذا كانت تستطيع الاستمرار على هذه الحال ، وتحمل مزيد من الإتهامات الناجمة عن تصرفات زوجها اللأبالي إلى حد كبير . وقد هجرته أخيراً بعد توقفه عن العمل ، وإدمانه على شرب الخمر ، الأمر الذي لا يَبْقِي سوى القليل من أموال دفعات التعويض الباهظة التي يقبضها .

ولكن وفق نظرية تساوي الجهد ، فإن جميع أجزاء الدماغ تسهم بشكل متساوٍ في الوظائف العقلية الكلية (Krech, 1962) . ويُعتبر تحديد مواقع الإصابة ثانوياً بالنسبة لحجم إصابة الدماغ . وعليه ، فجميع الإصابات متشابهة إلا من حيث الدرجة . ويميل القائلون بتساوي الجهد إلى التركيز على الصعوبات المتعلقة بالقدرات التجريدية والرمزية ، والتي يُعتقد أنها تصاحب جميع أشكال عطل الدماغ ، وتؤدي إلى ظهور اتجاهات تميل إلى الجمود وإلى المستوى العياني في حل المشكلات (see K. Goldstein & Scheerer, 1941) وقد أدت هذه النظرة إلى تطوير اختبارات تهدف إلى التعرف على الصعوبة الأساسية المشتركة بين كافة حالات عطل الدماغ . ولسوء الحظ ، لم تعمل مثل هذه الاختبارات بشكل جيد في إطار الممارسة الإكلينيكية اليومية (Golden, 1981) .

ولأن العديد من الباحثين لم يكونوا قادرين على تقبل منظور التمرکز الوظيفي أو تساوي الجهد بشكل تام ، بالتالي فقد أصبحت البدائل كتلك التي افترضها هولبنجر جاكسون (Hughlings Jackson) (Luria, 1973) مهمةً وبارزة . ووفقاً لجاكسون ، فبالرغم من إمكانية تحديد مواقع المهارات الأساسية ، يعدّ السلوك الملاحظ اندماجاً معقداً بين عدد من المهارات الأساسية ، مما يعكس عمل الدماغ كوحدة متكاملة . وهذا النموذج الوظيفي للدماغ يدرج تحته كلا نظريتي التمرکز الوظيفي وتساوي الجهد . إضافةً إلى ذلك ، ووفقاً للوريا (1973) ، فإن السلوكات التي تكون غايةً في التعقيد ، تتضمن أنظمةً وظيفية شاملة في الدماغ ، تفوق مجرد التحديد الموضوعي البسيط . ولأن قدرتنا على التجريد مثلاً مهارةً عقلية معقدة ، فهي تشمل العديد من أجهزة الدماغ .

ويمكن أن يكون لتلف الدماغ آثاره العديدة ، والتي تشمل : الإدراك البصري ، الإدراك السمعي ، الإدراك الحسي الحركي ، التناسق والعمل الحركي الإرادي ، الذاكرة ، اللغة ، السلوك المفاهيمي ، الانتباه ، أو ردود الفعل الانفعالية . وعادةً ما يتم استدعاء الأخصائي الإكلينيكي لتحديد وجود تردّد أو تدهور عقلي . ويتعدّى هذا الأمر مجرد قياس الوظائف الراهنة ؛ إذ أنه يتضمن المقارنة الضمنية أو الصريحة بالمستوى الوظيفي السابق . وبشكل عام ، فإن التدهور العقلي قد يكون ضمن واحد من نمطين واسعين : (أ) تراجع ناجم عن عوامل نفسية (الذهان ، نقص الدافعية ، مشكلات انفعالية ، الرغبة في خداع شركات تأمين ... إلخ) ، و(ب) تراجع ناجم عن إصابة الدماغ . بالطبع ، يمكن أن يكون التقييم أسهل إذا كانت لدى الأخصائي الإكلينيكي سلسلة من الاختبارات التي خضع لها المريض قبل إصابته أو مرضه . ومثل هذه البيانات السابقة للحالة المرضية يمكن أن تقدم خطأ قاعدياً من نوع ما ، يمكن مقارنة الأداء الحالي بناءً عليه . ولكن لسوء الحظ ، فإن الأخصائي الإكلينيكي نادراً ما تتوفر لديه مثل هذه البيانات المتعلقة بالمريض الذي يكون بصدد تشخيصه . وتترك

للإكلينيكي مهمة استنتاج المستوى الوظيفي السابق للمريض ، بناءً على معلومات تاريخ الحالة ، المتعلقة بالتعليم والمهنة ، وغيرها من المتغيرات . وعلى مر السنين ، قام الإكلينيكيون باستخدام مثل هذه الإشارات الدالة على المستوى الوظيفي السابق لظهور المرض بصورة أقرب إلى كونها حدسية ، دون أدلة تجريبية كافية حول صدقها . على أية حال ، فإن جميع هذه الأساليب عرضة للخطأ .

أساليب التقييم النفسي العصبي

Methods of Neuropsychological Assessment

التقييم مسألة معقدة ، تتضمن العديد من المسائل ، إضافةً إلى تلك التي تمت مناقشتها . فلنأخذ عدداً من المسائل المهمة منها (Golden et al., 1992) .

المناحي الأساسية Major Approaches

هل ينبغي تطبيق اختبار مقنن أو بطارية من الاختبارات على جميع المرضى الذين تتم إحالتهم للتقييم النفسي العصبي ، أم ينبغي اختيار الاختبارات بناءً على الحكم الإكلينيكي أو طبيعة الإحالة أو المهارات الخاصة بالأخصائي الإكلينيكي وميوله؟ يسمى المنحى الأول اصطلاحاً بمنحى البطارية المقننة (standard battery approach) أو منحى البطارية الثابتة (fixed battery approach) . ولهذا المنحى إيجابياته المتمثلة في تقييم المرضى من حيث قدراتهم النفسية العصبية الأساسية كافة ، وجمع قاعدة بيانات متراكمة ومقننة لسائر المرضى عبر الزمن ، وإتاحة الفرصة لتحديد أنماط مهمة من الدرجات . أما السلبيات الرئيسية لهذا المنحى ، فتشمل ما يتطلبه من وقت وكلفة ، وما يمكن أن يسببه من تعب للمريض ، بالإضافة إلى عدم مرونته (حيث لا تأتي التقييمات وفق الحاجة الفردية للمرضى) .

أما المنحى الثاني فيدعى المنحى المرن (flexible approach) أو منحى اختبار الفرضيات (hypothesis-testing approach) . وهنا ، يتم تعديل كل تقييم وفق حاجة المريض منفرداً ، مع قيام أخصائي علم النفس العصبي باختيار الاختبارات بناءً على فرضيته المتعلقة بالحالة . وفي بعض الأحيان ، قد يتم إحداث تغيير في طريقة تطبيق اختبار ما على المريض ، بحيث يسمح باختبار فرضيات إضافية . ويرى بعضهم أن المنحى الفردي حساسٌ ويعتمد على انطباعات الأخصائي الإكلينيكي . بينما يقترح بعضهم الآخر أن الأخصائي الإكلينيكي إذا انتقى اختباراً خاطئاً أو أكثر ، فلربما ينجم عن ذلك تقييمٌ ضعيف . كما أن المنحى الفردي يعيق الجمع المنظم

للمعلومات من اختبارات معينة حول أنواع من المرضى . وبالطبع ، يقوم بعض الإكلينيكين بدمج هاتين الطريقتين من خلال استخدام أداة مقننة أو أكثر للتقييم العام ، ثم الانتقال إلى اختبارات أخرى أكثر تحديداً ، وذلك بناءً على نتائج الفحص الأولي .

تفسير نتائج الاختبارات النفسية العصبية

Interpretation of Neuropsychological Test Results

يشير جولدن وزملاؤه (Golden et al., 1992) إلى عدد من الطرق التي يمكن أن يفسر الأخصائي من خلالها نتائج الاختبارات النفسية العصبية . أولاً ، يمكن تفسير مستوى أداء المريض في إطار بيانات التقنين المعيارية . فقد نسأل مثلاً ، هل تقع درجة المريض دون متوسط درجات مجموعته المرجعية بصورة دالة ، بحيث تشير إلى وجود ضعف في تلك الناحية من وظائفه؟ ثانياً ، قد يقوم بعضهم بحساب الدرجة الفارقة (difference score) بين اختبارين لأحد المرضى ، حيث تشير مستويات معينة من الفروق إلى وجود ضعف ما . ثالثاً ، يمكن ملاحظة وتدوين الإشارات المرضية (pathognomonic) لتلف الدماغ (مثل الفشل في رسم النصف الأيسر من صورة ما) . رابعاً ، يمكن إجراء تحليل نمط الدرجات (pattern analysis of scores) ؛ حيث ترتبط أنماط معينة من الدرجات على الاختبارات ، بصورة ثابتة ، بإصابات عصبية أو أشكال من الضعف العصبي . وأخيراً ، قد يكون هناك عدد من الصيغ الإحصائية لمجموعة من القرارات التشخيصية ، والتي تقوم كل منها بوزن درجات الاختبار بشكل مختلف .

وفي اختبار حديث لصدق التشخيص لأربعة من المناحي المختلفة في تفسير نتائج الاختبارات ، قام إثنيك وزملاؤه (Ivnik et al., 2000) بمقارنة مناحي الدرجة المطلقة/الإشارة المرضية ، والدرجة الفارقة ، وتغاير نمط الدرجات/الصفحة النفسية . ومن المثير أنهم وجدوا أن نتائج منحى الدرجة المطلقة كانت الأكثر دقة في التشخيص (في التنبؤ بالقصور المعرفي لدى الراشدين الأكبر سناً) . مما يعني إمكانية استخدام درجات القطع على المقاييس ، بدلاً من المؤشرات الأكثر تعقيداً ، كالدرجات الفارقة أو أنماط الدرجات .

وهناك نقطة أخيرة حول التفسير ، تتعلق بأفضلية القيام بتقييمات نوعية لاستجابات المرضى . فهل ينبغي على أخصائي علم النفس العصبي الاعتماد على الاختبار النوعي أم على الأساليب الكمية التي تختزل النتائج إلى قيم رقمية؟ هل الطريقة التي يستجيب بها المريض هي الحقيقة المهمة ، أم أن درجات استجاباته هي الحاسمة؟ يقوم العديد من أخصائي علم النفس العصبي بدمج هذين المنحيين ، الأمر الذي يجعلهم غير معتمدين على أحدهما دون الآخر . وسواء أحرز

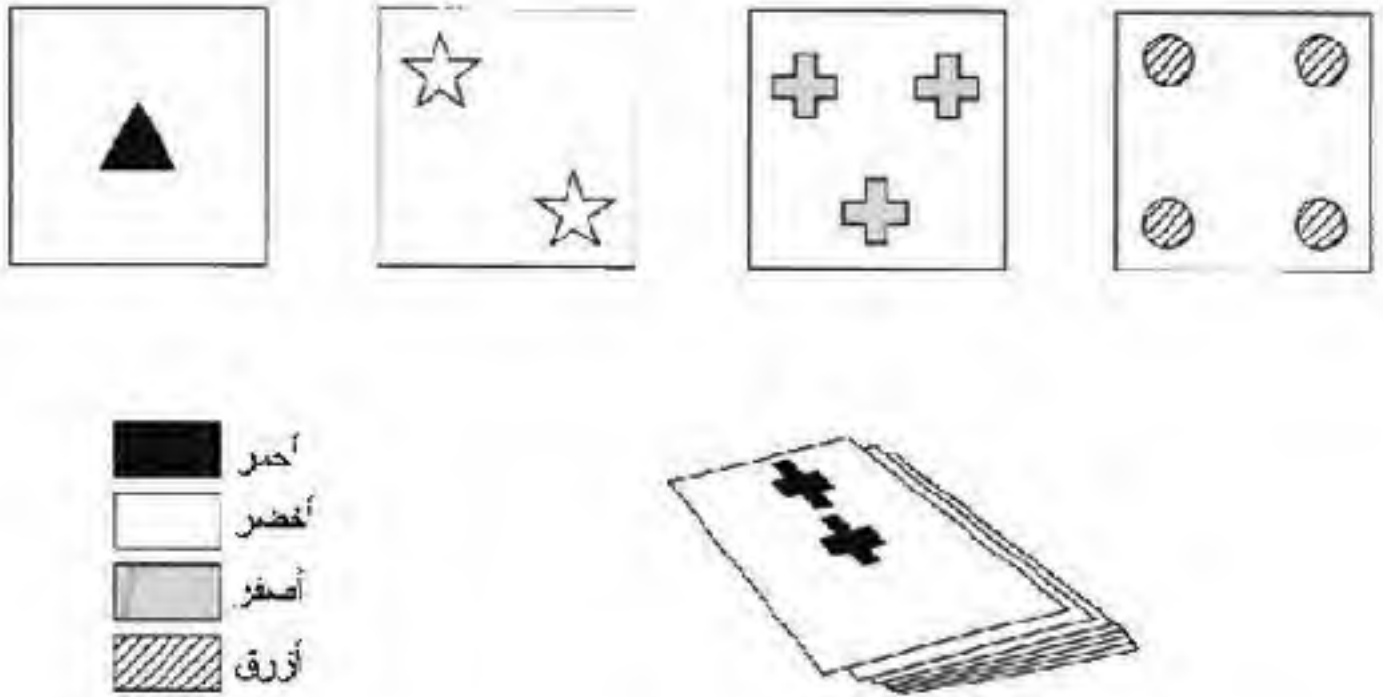
المريض صغراً لعدم قدرته على إعادة بناء المكعبات بشكل ملائم ، أو لإلقائه المكعبات عن طاولة الفاحص بغضب ؛ فسوف يكون لذلك دلالة في التشخيص النهائي للمريض . وبالرغم من أن الدرجة التي تم الحصول عليها واحدة في كلتا الحالتين (صفر) ، إلا أن النظر في نوعية أو طبيعة استجابة المريض وتحليلها ، يساعد أخصائي علم النفس العصبي في وضع تصوره للحالة .

إجراءات التشخيص العصبي Neurodiagnostic Procedures

بهذا ، ربما يكون قد تبين للفارئ أن ميدان الطب يشتمل على عدد متنوع من إجراءات التشخيص العصبي ؛ والتي تضم الفحوصات العصبية التقليدية التي يجريها أخصائيو الأعصاب ، كالحزعات النخاعية الشوكية ، والتصوير بأشعة إكس ، وقياس النشاط الكهربائي للدماغ (EEGs) ، والتصوير الطبقي المحوري المحوسب للدماغ (CAT) ، والتصوير الطبقي الفراغي البوزيتروني (PET) ، والأساليب الحديثة المتمثلة بتقنيات التصوير بالرنين المغناطيسي الذري (NMR أو MRI) . وهذه بالفعل طرق قيمة في تحديد مواقع وجود التلف والمرض ، ولكنها تتفاوت فيما بينها من حيث قدرتها على تشخيص الإصابة أو العجز الوظيفي . وعلى النحو نفسه ، فقد تعطينا هذه التقنيات نتائج إيجابية ، في حين لا يكون هنالك تلف فعلي في الدماغ . وأخيراً ، فإن بعض هذه الإجراءات تحمل مخاطر على المريض . فالحزعات النخاعية الشوكية يمكن أن تكون مؤلمة ، بل ومؤذية أحياناً ، بالإضافة إلى أننا جميعاً نعلم مخاطر العديد من أنواع أشعة إكس .

مع ذلك ، تبحث إجراءات التشخيص العصبي بشكل مباشر عن وجود تلف في الدماغ . وإضافة إلى هذه الأساليب التقليدية من إجراءات التشخيص العصبي ، يوجد عدد من الأساليب التصويرية المتاحة ، والتي تعطي صورة أفضل عن نشاط الدماغ "العامل" (Bigler, Porter, & Lowry, 1997) ، مثل التصوير الطبقي المحوري الفوتوني (SPECT) الذي يتم على أساس تدفق الدم في الدماغ ، ويزودنا بـ "صورة" حول طريقة عمل الدماغ . وكمثال آخر ، هناك التصوير الوظيفي بالرنين المغناطيسي (fMRI) ، الذي يعمل أيضاً على تقييم التغير في تدفق الدم في الدماغ . وهذان الأسلوبان الحديثان في التشخيص العصبي ، يحملان بعض الآمال بالنسبة لعلم النفس العصبي الإكلينيكي ؛ إذ أنهما أقدر على تقديم المعلومات المتعلقة بطرق عمل المناطق المختلفة من الدماغ .

إن العديد من إجراءات التشخيص العصبي هذه مكلفة إلى حد ما ، وبعضها مؤذ جداً . لذا قد يكون من المفيد استخدام الاختبارات النفسية العصبية كمقاييس للفحص الأولي ، والتي ستحدد نتائجها ما إذا كان من الضروري إجراء المزيد من اختبارات التشخيص العصبي الأكثر كلفة ، أم لا . وفيما يلي ، نستعرض بعض أدوات التقييم النفسي العصبي وبنائها .



اختبار مناطق الوظائف المعرفية

Testing Areas of Cognitive Functioning

هنالك العديد من الاختبارات التي تقيس مدىّ واسعاً من الوظائف المعرفية والسلوكية . وفي هذا الجزء سنناقش مجموعةً صغيرة فقط من المجالات الوظيفية التي يقوم أخصائيو علم النفس العصبي بتقييمها . ونتيجةً لضيق المساحة (إذ توجد كتب كاملة متاحة ، تتناول التقييم النفسي العصبي) ، فسنحدث عن بعض الاختبارات كأمثلة .

الوظائف العقلية Intellectual Functioning

وعلى مر السنين ، استُخدم عدد من الطرق والأساليب في تقييم مستويات الأداء العقلي . ولتقدير مستوى القدرة العقلية ، يستخدم العديد من أخصائيي علم النفس العصبي مقياس وكسلر لذكاء الراشدين (WAIS-III انظر الفصل السابع) ، وبعض الاختبارات الفرعية من الصورة المعدلة من مقياس وكسلر (WAIS-R) ، ويرمز لها بالإنجليزية : WAIS-R-N (Kaplan, Fine, Morris, & Delis, 1991) . وتشتمل التعديلات مثلاً على تغييرات في طريقة

التطبيق (كالسماح للمريض بإتمام الاختبار الفرعي رغم تبالي إجاباته الخاطئة) ، واستخدام فقرات إضافية من اختبارات فرعية . ونتيجةً لهذه التعديلات ، يُعتقد أن الاختبارات الفرعية المعدلة من وكسلر (WAIS-R-NI) تقدم معلومات أكثر فيما يتعلق بالاستراتيجيات المعرفية لدى المريض (R. M. Anderson, 1994) .

وإذا لم يكن بالإمكان تطبيق مقياس وكسلر (WAIS-III) كاملاً ، فبالإمكان استخدام عدد من الاختبارات الفرعية منفردة ، وأكثرها شيوعاً هي اختبار المعلومات ، واختبار الفهم العام ، واختبار المفردات . ويُعتقد أن هذه الاختبارات هي الأقل تأثراً بصدمات الدماغ أو إصاباته ، وبالتالي يمكنها أن تقدم تقديراً حول الذكاء قبل الإصابة بالمرض . وهذا الأمر مهم جداً ، نظراً لعدم وجود أي بيانات اختبارية متاحة عادةً قبل الإصابة ، بحيث يمكن استخدامها كخط قاعدي لمقارنة المستوى الحالي من الوظائف بناءً عليه .

الاستدلال المجرد Abstract Reasoning

لقد لاحظ الأخصائيون الإكلينيكيون ، ولسنوات عديدة ، أن المرضى المشخصين بالفصام أو أولئك ذوي القصور المعرفي ، يواجهون صعوبةً في التفكير بطريقة مجردة أو مفاهيمية . وبدا أن أسلوب هؤلاء المرضى تجاه المهمات يميل إلى الأسلوب العياني إلى حد كبير . وهناك بعض الاختبارات الشائعة في تقييم القدرة على الاستدلال المجرد ، مثل اختبار المتشابهات من مقياس وكسلر (WAIS-III) (انظر الفصل السابع) ، واختبار ويسكونسن لتصنيف البطاقات (Wisconsin Card Sorting Test-WCST) (Heaton, 1981) ويتطلب اختبار المتشابهات من المريض أن يبين وجه الشبه بين شيئين . أما اختبار تصنيف البطاقات (WCST) فيتكون من مجموعة من البطاقات الورقية ، والتي تختلف من حيث الأشكال المطبوعة عليها وعدد هذه الأشكال على كل بطاقة (انظر الشكل 18-3) . ويُطلب من المريض أن يضع كل بطاقة تحت بطاقة السؤال (المثير) الملائمة وفق قاعدة معينة (اللون نفسه ، الشكل نفسه ، العدد نفسه من الأشكال) بناءً على التغذية الراجعة التي يقدمها الفاحص ("هذا صحيح" أو "هذا خطأ") . وفي مواقع مختلفة أثناء الاختبار ، يقوم الفاحص بتغيير هذه القاعدة . ولا يمكن التنبؤ بذلك إلا من خلال التغذية الراجعة التي يقدمها الفاحص حول صحة ترتيب البطاقة التالية .

الذاكرة Memory

عادةً ما يتم تمييز تلف الدماغ من خلال فقدان الذاكرة . ولقياس فقدان الذاكرة هذا ، قام وكسلر (Wechsler, 1945) بتطوير مقياس وكسلر للذاكرة (Wechsler Memory Scale-WMS) . والصورة المعدلة الثالثة من مقياس وكسلر للذاكرة (WMS-III) (Wechsler, 1997a) هي المراجعة

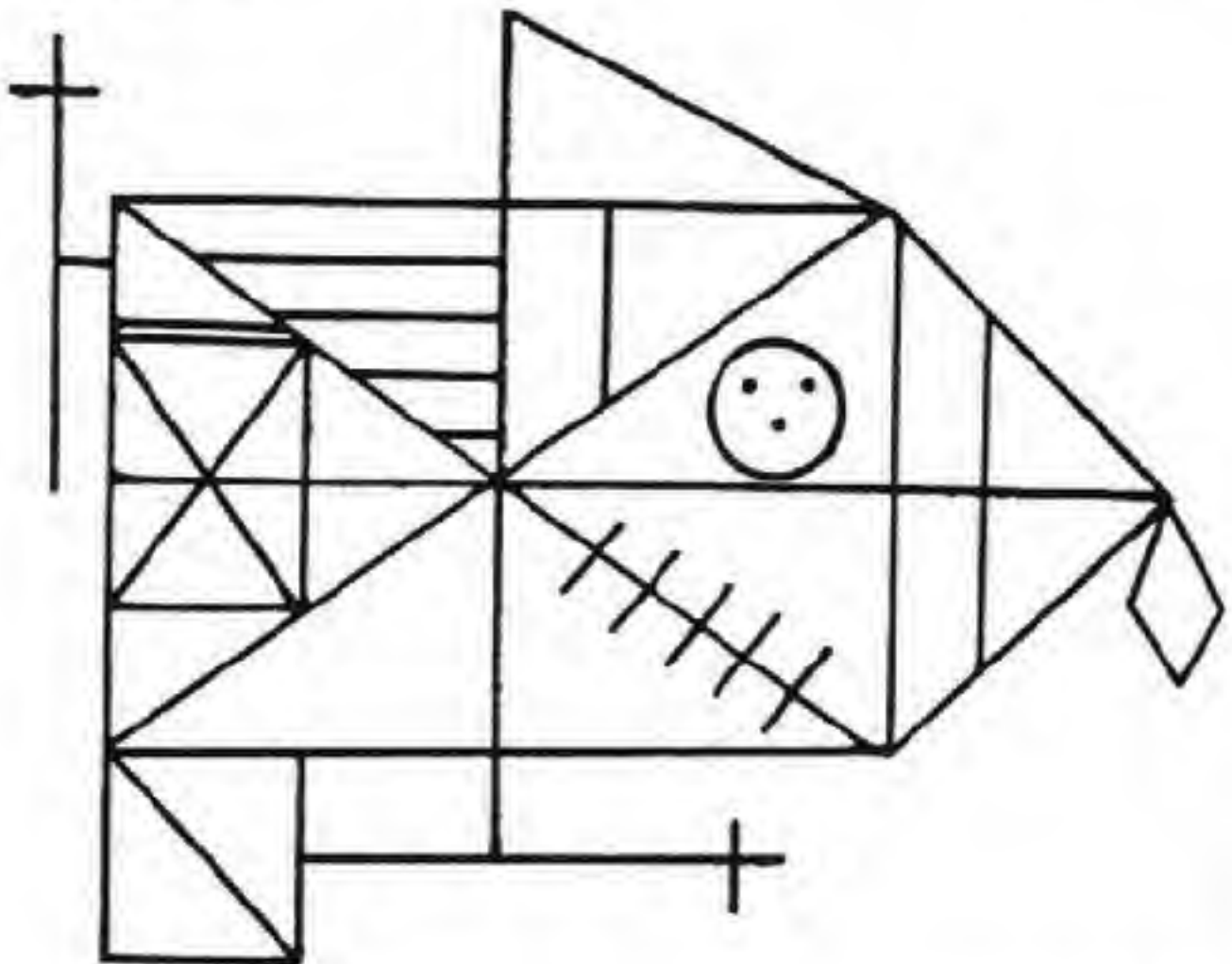
الأحدث له . وقد تم تطوير هذا المقياس (WMS-III) بصورة تتفق مع مقياس وكسلر لذكاء الراشدين (Wechsler, 1997a) (WAIS-III) ؛ لأن الأخصائيين الإكلينيكين غالباً ما يقيسون القدرة العقلية والذاكرة بشكل متزامن . ويتم دمج درجات الاختبارات الفرعية لمقياس الذاكرة (WMS-III) في ثمانية مؤشرات ، تقبم مدى عمل وظائف الذاكرة : السمع الآني ، الإبصار الآني ، الذاكرة الآنية ، السمع المؤجل ، الإبصار المؤجل ، الإدراك السمعي المؤجل ، الذاكرة العامة ، والذاكرة العاملة . كما يمكن حساب أربع عمليات معالجة سمعية إضافية أيضاً ، تُستخدم لتقييم عمليات الذاكرة عند تقديم المثير سمعياً . وإضافةً إلى التفسيرات التي تتم بناءً على اختبار فرعي واحد ودرجة مؤشر واحدة ، فإن أنماط عدم الاتساق بين درجات المؤشر تحمل معلومات مهمة أيضاً . فعلى سبيل المثال ، يمكن الاستدلال على وجود مشكلات في الاحتفاظ بالمواد التي تم تعلمها سابقاً ، من خلال درجات المؤشر الآني المرتفعة مقابل درجات المؤشر المؤجل المتدنية (Psychological Corporation, 1997) . ومن الأمثلة الأخرى المتعلقة بدرجات اختبار الذكاء ، نجد نمط الدرجات الأدنى نسبياً من درجات مؤشري الذاكرة العاملة والذاكرة الآنية ، والذي يظهر في سياق درجات ذكاء مرتفعة . ويشير هذا النمط إلى أن شيئاً من ضعف الانتباه يؤثر على قدرة المريض على تعلم المواد بشكل مبدئي . (Psychological Corporation, 1997)

وهناك اختباران إضافيان يُستخدمان في تقييم فقدان الذاكرة أيضاً . وفي هذين الاختبارين ، يجب على المريض أن يُظهر الإدراك المكاني والتناسق الحسي-الحركي لديه ، إضافةً إلى التذكر . واختبار بينتون للاحتفاظ البصري (Benton, 1963) (Benton Visual Retention Test) في الأساس ، هو اختبار لذاكرة التصاميم . إذ يتم عرض 10 بطاقات مدة 10 ثوان لكل منها ، وبعد سحب البطاقات ، على المريض أن يرسم التصاميم كما يتذكرها . وهناك أشكال مختلفة لهذا الإجراء ، كما تتوافر تعليماتٌ للتصحيح وبعض بيانات التقنين (e.g., Benton, 1974) . أما اختبار ري-أستيريث للأشكال المعقدة (Lezak, 1995) (Rey-Osterrieth Complex Figure Test) فيستخدمه الكثير من أخصائيي علم النفس العصبي لتقييم الذاكرة البصرية-المكانية . فيقوم المريض أولاً بنسخ شكل معقد ، ثم يرسمه من الذاكرة مباشرةً ، وبعدها يرسمه مرةً أخرى بعد فترة زمنية معينة . بالنسبة ، يمكن لهذا الاختبار تقييم كيفية معالجة الشكل بصورة أولية (النسخ المباشر) ، ومن ثم إجراء مقارنات بين النسختين اللاحقتين تحت ظروف استدعاء مختلفة (Kramer & Delis, 1997) . إضافةً إلى ذلك ، ولأن الشكل يتحدد من خلال كلٍّ من الأشكال الكبيرة العامة (كمثلث كبير) والتفاصيل الداخلية الأصغر (كالنقاط والإشارات الهرمية الصغيرة) ، فيمكن التمييز بين أولئك الذين يعانون من تلف في النصف الدماغي الأيمن أو الأيسر (Lezak, 1995) . وتتوفر لهذا الاختبار أنظمة تصحيح مختلفة ، إضافةً إلى بيانات تقنين لمجموعة واسعة من الأعمار (Kramer & Delis, 1997) وبين الشكل 18-4 اختبار ري-أستيريث للأشكال المعقدة .

إن المهارات البصرية المكانية ضرورية للقيام بمدى واسع من الأنشطة ، بما فيها قراءة الخرائط ، وإيقاف السيارة بشكل طولي ، وإلقاء كرة البيسبول من خارج الميدان إلى القاعدة (Caplan & Romans, 1997) . وإضافة إلى اختبار ري-أستيريث للأشكال المعقدة ، فالعديد من أخصائيي علم النفس العصبي الذين يسعون إلى تقييم المهارات البصرية المكانية ، يفحصون أداء المريض على اختبارات فرعية معينة من مقياس وكسلر (WAIS-III) ، مثل اختبار تصميم المكعبات . ويتوافر عدد من الاختبارات المختصة بتقييم هذه المهارات . فهناك مثلاً اختبار الحكم على اتجاه الخط (Judgment of Line Orientation Test) (Benton, Hamsher, Varney, & Spreen, 1983) ، الذي يتطلب من المفحوص أن يشير إلى زوج من الخطوط على بطاقة استجابة "مطابقة" (تقع في نفس الوجهة) للخطين الموجودين على البطاقة المعطاة . ويبين الشكل 5-18 أمثلة من فقرات هذا الاختبار .

الشكل 18-4 اختبار ري-أستيريث للأشكال المعقدة

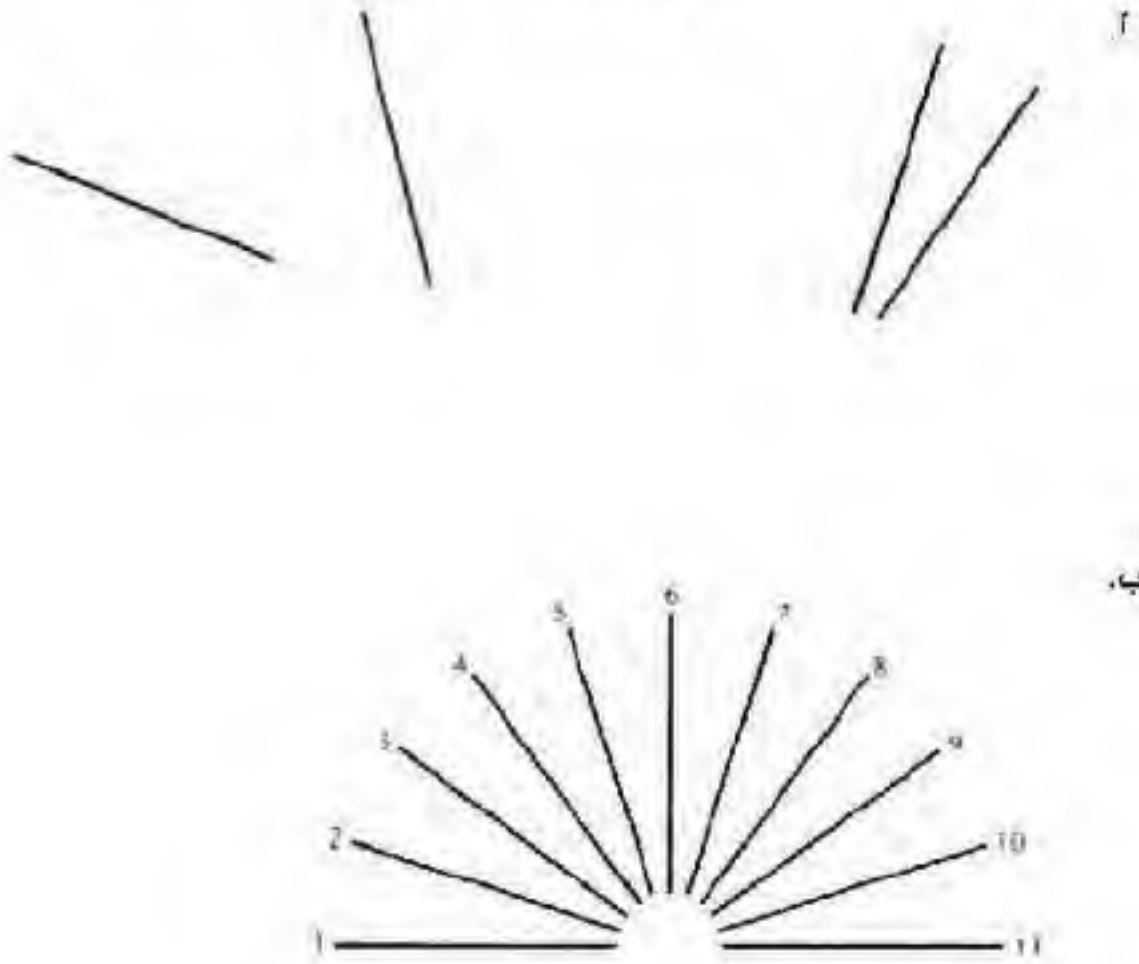
المصدر : (1995) By Muriel Deutsch Lezak, 3rd ed. Neuropsychological Assessment, Oxford University Press



الشكل 18-5 أمثلة من فقرات اختبار الحكم على اتجاه الخط

المصدر: Neuropsychological Assessment, (1995). By Muriel Deutsch Lezak, 3rd ed.,

Oxford University Press



الوظائف اللغوية Language Functioning

يمكن لأشكال مختلفة من إصابات الدماغ أن تؤثر إما على إنتاج اللغة أو على فهمها . والاختبارات التي تتطلب من المرضى إعادة الكلمات والعبارات والجمل ، يمكنها تقييم صعوبات النطق وإعادة الصياغة (paraphasias) (استبدال الكلمات) ، ويمكن لاختبارات التسمية أن تساعد في تشخيص ضعف التسمية (Anomias) . كما يمكن تقييم الفهم اللفظي باستخدام مقياس الكلام الاستقبالي (Receptive Speech Scale) من بطارية اختبار لوريا-نبراسكا (التي سنشرحها في الجزء التالي) . ويتطلب هذا الاختبار الفرعي من المريض أن يستجيب لأوامر لفظية (كالإشارة إلى أجزاء الجسم التي يتم ذكرها ، أو الأشياء ، أو الاستجابة لأوامر بسيطة) . ويقوم أخصائيو أمراض الكلام واللغة بعمل ممتاز في تقييمهم للضعوبات اللغوية بصورة شاملة ، وقد يختار أخصائي علم النفس العصبي إحالة مرضاه إلى أولئك المختصين ، إذا ما أشار الفحص الأولي إلى الاشتباه في وجود مشكلات تتعلق بإنتاج اللغة أو فهمها .

فلنلق الآن نظرة على بطاريتين من الاختبارات النفسية العصبية الشائعة : بطارية هالستيد-ريتان ، وبطارية لوريا-نبراسكا .

بطارية هالستيد-ريتان The Halstead-Reitan Battery

ولمواجهة الانتقادات الموجهة للاختبارات الفردية من حيث عدم قدرتها على قياس الاختلال الوظيفي للدماغ ، وعجزها عن تقديم إجابات قاطعة ، تم تطوير بطارية اختبار هالستيد-ريتان النفسية العصبية (Halstead, 1947; Reitan & Davison, 1974) ، وهي أكثر البطاريات استخداماً الآن بلا منازع . وتتكون البطارية - كما تُستخدم عادةً - من عدة مقاييس : الاختبار التصنيفي (the Category Test) ، اختبار سيشر للإيقاع (Seashore Rhythm Test) ، اختبار ذبذبة الأصبع (the Finger Oscillation Test) ، اختبار إدراك الأصوات الكلامية (the Speech-sounds Perception Test) ، اختبار الأداء اللمسي (the Tactual Performance Test) ، اختبار التتبع (the Trail Making Test) ، اختبار قوة القبضة (the Strength of Grip Test) ، فحص الإدراك الحسي (The Sensory-Perceptual Examination) ، اختبار تحديد موضع الأصبع (the Finger Localization Test) ، اختبار التعرف على الشكل اللمسوس (the Tactile Form Recognition Test) ، واختبار فحص الحبسة (the Aphasia Screening Test) . ويمكن إضافة هذه الاختبارات إلى كل من اختباري مينيسوتا (MMPI-2) ووكسلر (WAIS-III) . ويمكن استخدام المقياس مع الأفراد الذين يبلغون 15 عاماً فما فوق ، وهناك صور أخرى يمكن استخدامها مع الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من 9 إلى 14 عاماً ، ومن 5 إلى 8 أعوام . ولمزيد من التفاصيل ، يقدم ريتان وولفسون (Reitan & Wolfson, 1993) وصفاً تفصيلياً للبطارية .

وتُستخدم بطارية هالستيد-ريتان للتوصل إلى معلومات حول مكان الإصابة الدماغية ، وعمّا إذا كانت الإصابة مفاجئة أو تدريجية . كما أنها تشير أيضاً إلى أشكال معينة من الفصور النفسي ، والتي على المعالج ملاحظتها . ويمكن أن تستغرق البطارية أكثر من 6 ساعات لتطبيقها . ومن ثم ، فإن العديد من الأخصائيين الإكلينكيين يقومون بتدريب الأفراد التقنيين للقيام بهذا العمل ، حتى لا يُمضي الإكلينيكيون وقتهم في إجراءات تطبيق طويلة ، بل يتفرغون عوضاً عن ذلك لعمليات التفسير .

ولقد تمّ دعم ثبات بطارية هالستيد-ريتان وصدقها في عدد من الدراسات التي أُجريت على مدى واسع من المجموعات العمرية (G. Goldstein, 1997) أما أوجه الضعف الأساسية لهذه البطارية ؛ فهي طول الزمن الذي يستغرقه التطبيق ، وما تسببه من تعب وإجهاد ، وإهمالها النسبي لنواح معينة من الوظائف ، مثل الذاكرة (G. Goldstein, 1997) . وبين التوضيح 8-2 وصفاً لتقرير حالة ، بناءً على نتائج هالستيد-ريتان وغيره من الاختبارات .

بطارية لوريا-نبراسكا Luria-Nebraska Battery

وكبديل لبطارية هالستيد-ريتان ، فإن بطارية لوريا-نبراسكا تتألف من 269 مهمة منفصلة ، تشكّل 11 اختباراً فرعياً : الوظائف الحركية (motor functions) ، الوظائف التناغمية (rhythm functions) ، الوظائف اللمسية (tactile functions) ، الوظائف البصرية (visual functions) ، الكلام الاستقبالي (Receptive Speech) ، الكلام التعبيري (expressive speech) ، وظائف الكتابة (writing functions) ، مهارات القراءة (reading skills) ، المهارات الحسابية (arithmetic skills) ، الذاكرة (memory) ، والعمليات العقلية (intellectual processes) . وقد جاءت الدراسات التي أُجريت بهدف تقييم ثبات البطارية وصدقها التشخيصي ، بنتائج داعمة (e.g., Golden, Hammek, & Purisch, 1978; Golden, Purisch, & Hammek, 1985) . كما أظهرت بطارية لوريا-نبراسكا درجة اتفاق عالية مع النتائج التي تم الحصول عليها بأسلوب هالستيد-ريتان (G. Goldstein & Shelly, 1984; Kane, Parsons, Goldstein, & Moses, 1987; Sears, Hirt, & Hall, 1984) . وأثبتت نتائج الصورة الخاصة بالأطفال اتساقاً مع نتائج مقياس وكسلر للأطفال (WISC-R) في التمييز بين حالات الاضطراب النفسي والحالات النفسية العصبية (Carr, Sweet, & Rossini, 1984) ، كما استطاعت تشخيص اضطراب عجز الانتباه لدى الأطفال بصورة ثابتة (Lahey, Hynd, Stone, Piacentini, & Frick, 1989) .

والميزة الأساسية لبطارية لوريا-نبراسكا أنها لا تستغرق سوى ساعتين ونصف الساعة لإتمامها ، مقارنةً بالساعات الست التي يحتاجها المرء أحياناً لإتمام بطارية هالستيد-ريتان . على أية حال ، يعتقد بعض أخصائيي علم النفس العصبي أن بطارية لوريا-نبراسكا محدودة بسبب تقنياتها وأساسها النظري (G. Goldstein, 1997) . وعموماً ، إن العديد من دراسات الصدق والثبات مبنية على أعداد صغيرة من المرضى ، ويشعر بعض النقاد أن بطارية لوريا-نبراسكا لا تترجم نظرية لوريا وأساليبه بشكل ملائم إلى أداة للتقييم النفسي العصبي .

تقرير نفسي عصبي مختصر بناءً على بطارية هالستيد-ريتان ومعلومات أخرى

الاسم: السيد ص.

تاريخ الميلاد: 29-8-1962 .

المهنة: طيار متقاعد من قوى الدفاع الجوية .

التعليم: 18 عاماً (درجة الماجستير) .

معلومات الإحالة

السيد ص رجل أبيض في السابعة والخمسين من عمره ، وهو متقاعد من قوة الدفاع الجوية الأميركية . ومنذ عدة سنوات ، لاحظ السيد ص تردداً في إدراكه ، وفي قدراته الميكانيكية ، وزمن الرجوع لديه ، وقدرته على قيادة المركبات ، وعلى القراءة والكتابة لسلسلة باليد . وقال إن هذه الأعراض أصبحت واضحة بشكل خاص خلال العاملين أو الأعوام الثلاثة الأخيرة . وقد طلب الدكتور _____ تقييماً نفسياً عصبياً لتقدير مدى وجود قصور عضوي و/أو شدته .

الخلاصة والنوصيات :

1. لقد كشف التقييم النفسي العصبي عن وجود قصور شديد في عدة نواح وظيفية ، مثل الصعوبات الشديدة في المهام البنائية ، ومشكلات في سائر المهام التي تتطلب قدرات غير لفظية أو بصرية-مكانية ، بما فيها ذاكرة المعلومات البصرية . وتشير هذه النواحي من العجز إلى عملية مرضية في المنطقة الخلفية اليمنى من الدماغ . ويتبعي البحث بشكل أعمق في احتمال وجود تلف كبير في بنية تلك المنطقة .
2. القدرات اللفظية ، إضافة إلى الذاكرة اللفظية للسيد ص ، ما تزال تعمل بمستوى متفوق بشكل عام .
3. بين تقييم الشخصية أن السيد ص يعاني من اكتئاب متوسط الشدة ، يرافقه قلق وانشغال بالأحداث الماضية . ويبدو أنها حالة مزمنة وليست حادة .
4. لا يمكن عزو الصعوبات النفسية العصبية للمريض إلى حالة الاكتئاب لديه .
5. في ضوء نتائجنا ، ينبغي القيام بمراجعة دقيقة لقدرات المريض وإمكاناته ، سواء في العمل أو في المنزل ، معه ومع زوجته .
6. أثناء عملية جمع تلك المعلومات ، يمكن للعلاج النفسي الداعم أن يكون مفيداً .
7. يُوصى بإعادة إجراء تقييم عصبي للوضع الراهن .

المصدر: مأخوذ من Overview of the Halstead-Reitan Battery by O. A. Parson, pp. 179-180. In T. Incagndi, G Goldstein, & C. J. Golden (eds.), Clinical Application of Neuropsychological Test Batteries (1986). Plenum Publishing Corporation.

Variables That Affect Performance on Neuropsychological Tests

هناك عدد من المتغيرات الخاصة بالمريض ، والتي يمكنها أن تؤثر في درجاته على الاختبارات النفسية العصبية (Anderson, 1994; Golden et al., 1992) . ولأن درجات الاختبارات تتباين وفقاً للجنس البيولوجي للمريض وعمره ومستوى تعليمه ، فينبغي علينا استخدام معايير ملائمة للتفسير . إضافة إلى ذلك ، تتأثر درجات الاختبارات باليد التي يستخدمها المريض ، وبقدرته السابقة (قبل الصدمة أو إصابة الدماغ) ، وشدة الحالة العصبية ، وظهور أمراض أخرى جسدية (غير عصبية) (كالإصابة في الذراع مثلاً ، إذ قد تؤثر على نتائج اختبار قوة القبضة في بطارية هالستيد-ريتان) . وأخيراً ، تؤثر متغيرات الدافعية (الإثارة ، مستوى التعاون) على الدرجات أيضاً . فالمريض الذي يتناول أدوية لها آثار مسكنة مثلاً ، من المرجح ألا يكون قادراً على القيام بأدائه الأفضل .

وهناك متغير دافعي يحتاج إلى مزيد من التعليق هنا ، ألا وهو التمارض (malingering) . إن اكتشاف التزييف أو التمارض في الاختبارات النفسية يمكن أن يكون صعباً ، حتى بالنسبة لأكثر الإكلينيكين فطنةً ودهاءً . وهناك جدلٌ حول تكرار ظهور التمارض في التقييم النفسي العصبي . ومن المهم جداً إدراك احتمالات ظهوره ، وتطوير قدرة الأخصائي الإكلينيكي على اكتشافه ، خصوصاً مع تنامي اللجوء إلى الأخصائيين الإكلينيكين كشهود خبراء في المحاكم أو غيرها من الأماكن (انظر الفصل التاسع عشر) . وقد اقترحت عدة مناح لاكتشاف التمارض عن طريق الاختبارات النفسية العصبية ، ويتراوح ذلك من تطوير مقاييس موضوعية للتمارض واستخدامها (Reitan & Wolfson, 1996) ، إلى استخدام استراتيجيات معينة لتقييم الدرجات على الاختبار (R. Rogers, Harrell, & Liff, 1993) فعلى سبيل المثال ، يقترح روجرز وزملاؤه (Rogers et al., 1993) أن الفشل في الإجابة عن فقرات شديدة السهولة ، والأداء الفارقي في الفقرات الصعبة مقابل السهلة ، وتدني مستوى الأداء عن المستوى الذي يحتمل ظهوره بالصدفة في الاختيار المتعدد ، كلها ينبغي أن تكون كافية لتثير شكوكنا حول احتمال وجود التمارض لدى الفرد .

التدخل وإعادة التأهيل Intervention and Rehabilitation

تدور مسائل القصور العصبي عادةً حول سؤالين جوهريين . أولاً ، ما هي طبيعة التدهور أو التلف؟ فمثلاً ، هل هو فقدان إدراكي أم معرفي؟ ثانياً ، هل يوجد أي تلف حقيقي في الدماغ يمكن أن يفسر سلوك المريض على نحو ما؟ وبتحديد أدق ، هل هذا التلف دائم ، أم يُتوقع الشفاء منه بعد المرحلة الحادة؟ هل التلف متركز في منطقة ما ، أم أنه منتشر في مختلف أنحاء الدماغ؟ وبشكل

عام ، تكون الآثار الناجمة عن التلف المتمركز أكثر تحديداً ، ومحدودةً في تأثيرها على السلوك ، بينما يمكن للتلف المنتشر أن يؤدي إلى آثار بالغة وواسعة . وعادةً ما تحتاج مصادر الإحالة إلى معرفة ما إذا كان التلف متزايداً (progressive) (كما هو الحال في حالات انتشار التلف في الدماغ ، أو حالات التلف الناجم عن مرض ما) أم غير متزايد (nonprogressive) (كما هو الحال عادةً في حالة الجلطات أو إصابات الرأس) . وتؤثر الإجابات التي يقدمها أخصائيو علم النفس العصبي بشكل واضح على أنواع برامج التأهيل التي يتم تصميمها لمختلف أنواع المرضى .

وتعتبر إعادة التأهيل الآن واحدةً من الوظائف الأساسية لأخصائيي علم النفس العصبي (Golden et al., 1992) فغالباً ما نرى أخصائي علم النفس العصبي يتصدى لعمليات التنسيق بين المعالجتين المعرفية والسلوكية ، للمرضى الذين يُظهرون ضعفاً معرفياً أو سلوكياً ، نتيجةً للاضطراب الوظيفي في الدماغ أو إصابته . فهو يقوم أولاً بإجراء تقييم شامل لنواحي القوة والضعف لدى المريض ، الأمر الذي قد لا يشمل على نتائج الاختبارات النفسية العصبية فحسب ، بل والملاحظة التي يقوم بها أفراد آخرون من الفريق الطبي ، كالممرضين والأطباء والمعالجين الطبيعيين . وبناءً على نواحي عجز المريض وصعوباته ، يتم تطوير برنامج لإعادة التأهيل ؛ بحيث يحقق الحد الأقصى من الفائدة لذلك المريض ، إضافةً إلى كونه يستهلك الحد الأدنى من وقت أفراد الفريق وإشرافهم . (Golden et al., 1992)

وكما ذكر چولدن وزملاؤه (Golden et al., 1992) ، فيمكن أن تتم إعادة التأهيل من خلال الشفاء التلقائي للوظائف . على أية حال ، يزيد احتمال أن يشترك أخصائي علم النفس العصبي وأفراد الفريق في إعادة التأهيل ، عندما يتطلب إنجازها "إعادة تعلّم" المريض ، وذلك عن طريق الأنظمة الوظيفية السليمة الموجودة فعلاً ، أو عن طريق تطوير أنظمة وظيفية جديدة ، أو من خلال تغيير البيئة لضمان أفضل نوعية حياة ممكنة . وتتم الحالة الأخيرة حين يتعذر تطوير أنظمة وظيفية جديدة أو بديلة ، تقلل من مستوى القصور المعرفي أو السلوكي بصورة دالة .

وفي حالة تطوير أنظمة وظيفية بديلة أو جديدة ، يتم صياغة مهام إعادة التأهيل بحيث "تعالج" صعوبات المريض . ويقدم چولدن وزملاؤه (Golden et al., 1992, pp. 214-215) الإرشادات العامة التالية لصياغة مثل هذا النوع من مهام إعادة التأهيل :

- 1 . ينبغي على المهمة أن تتضمن المهارة الضعيفة التي يحاول المرء إعادة تشكيّلها . وينبغي أن تكون جميع متطلبات المهارة الأخرى للمهمة في مجالات يواجه فيها المفحوص قليلاً من المتاعب ، أو لا يواجهها إطلاقاً .

- 2 . ينبغي أن يكون المعالج قادراً على تغيير مستوى صعوبة المهمة ، بحيث تنتقل من مستوى المهام البسيطة بالنسبة للمريض إلى المستوى الذي يمثّل الأداء الطبيعي .
 - 3 . ينبغي أن تكون المهمة قابلة للقياس الكمي ، بحيث يمكن تحديد مقدار التقدم المنجز بصورة موضوعية .
 - 4 . ينبغي أن تقدّم المهمة تغذية راجعة فورية للمريض .
 - 5 . ينبغي ضبط عدد الأخطاء التي يقوم بها المريض .
- ويقدم جولدن وزملاؤه (Golden et al.,1992) أمثلة على برامج إعادة التأهيل لسائر الصعوبات المعرفية والسلوكية . فعلى سبيل المثال ، يمكن علاج ضعف الذاكرة اللفظية عن طريق إعطاء مشكلات تذكر بسيطة للمريض (تلك التي تحتوي وحدة واحدة من المعلومات) ، ومن ثم إعطائه مهام أكثر تعقيداً في وقت لاحق (مثل إعطائه مشكلة تتطلب تذكر 6 أو 7 وحدات من المعلومات) . ويمكن تغيير مستوى تعقيد المهمة من خلال استخدام كلمات لا صلة لها بالموضوع مثلاً ، أو التقليل من وقت عرض الكلمة (الثير) .

ملاحظات ختامية Concluding Remarks

التدريب Training

من دون شك ، يعتبر علم النفس العصبي كتخصص ضمن ميدان علم النفس الإكلينيكي ، ميداناً حيويًا ومثيراً . ولكن في الوقت نفسه ، فإن إجراءات هذا التخصص الفرعي أصبحت بمستوى عالٍ من التعقيد ، أضحي معه التدريب الاختصاصي أمراً ضرورياً .

وهنا ، نجد بعض الأخصائيين الإكلينيكين لا يشعرون براحة كبيرة أثناء قيامهم بالتقييم النفسي العصبي ، بل إنهم غير مؤهلين لذلك . لذا ، فإن تدريبهم على مثل هذا التقييم غالباً ما يكون محدوداً ، وكذلك معرفتهم بالعلاقات ما بين الدماغ والسلوك . وكما يشير ليزاك (Lezak, 1995) ، فإن نجاح أي تقييم نفسي عصبي يعتمد على مدى فهم الفاحص للعلاقات ما بين الدماغ والسلوك ، بل وللآثار النفسية الناجمة عن الاضطراب الوظيفي للدماغ أيضاً . وبالتالي ، هناك حاجة للمختصين الخبراء في هذا المجال . وقد علّق ريتان ودافيسون (Reitan & Davison, 1974) منذ زمن على ضرورة تطوير ميدان جديد في علم النفس العصبي الإكلينيكي . والآن ، فقد أصبح علم النفس العصبي الإكلينيكي تخصصاً تم الاعتراف به رسمياً من قبل كل من الرابطة النفسية الأميركية (APA) والرابطة النفسية الكندية .

وفي أيلول 1997 ، عُقد مؤتمر هيوستن بحضور القيادات المهمة بتدريب أخصائيي علم النفس العصبي الإكلينيكي مستقبلاً . وقد تم طرح إرشادات عامة لبرامج تدريب طلبة الدراسات العليا (الدكتوراة) في مرحلة الإقامة التدريبية وما بعد الدكتوراة ، للأفراد الذين يتخصصون في علم النفس العصبي . وباختصار ، أوصت هذه الإرشادات بمنح درجة الدكتوراة في برنامج للدراسات العليا للتخصص في علم النفس العصبي الإكلينيكي . وكمتطلبات معرفية أساسية ، أوصى مؤتمر هيوستن بالمحاور التالية : (أ) التخصص النفسي العام (الإحصاء ، التعلم ، علم النفس الاجتماعي ، علم النفس الفسيولوجي ، علم نفس النمو ، تاريخ علم النفس) ، (ب) التخصص الإكلينيكي العام (الاضطراب النفسي ، القياس النفسي ، التقييم ، التدخل العلاجي ، الأخلاقيات) ، (ج) العلوم العصبية وعلم النفس العصبي الأساسي للإنسان والحيوان (التشريح العصبي الوظيفي ، تقنيات التشخيص العصبي ، الكيمياء العصبية ، علم النفس العصبي للسلوك) ، و(د) التدريب الإكلينيكي النفسي العصبي المختص (تصميم البحث في علم النفس العصبي ، تقنيات التقييم النفسي العصبي المتخصصة ، تقنيات التدخل النفسي العصبي المختص) . إضافة إلى ذلك ، أوصى المؤتمر باكتساب المهارات في مجالات التقييم ، والعلاج والتدخل ، وتقديم الاستشارات ، والبحث ، والتدريس والإشراف . هذا ويمكن اكتساب المعرفة والمهارة في هذه الميادين والتمكن منها ، وذلك عن طريق المساقات التعليمية ، والخبرات الخاضعة للإشراف ، وخبرات الإقامة ، والتدريب مدة سنتين بعد الحصول على الدكتوراة . ومن يكمل مثل هذا التدريب الصارم في علم النفس العصبي الإكلينيكي ، ينبغي أن يكون قادراً -عند انتهاء التدريب- على تطبيق المهارات المتقدمة في التقييم النفسي العصبي والعلاج وتقديم الاستشارات ، كما ينبغي أن يكون مؤهلاً لنيل شهادات هيئات الاختصاص في علم النفس العصبي ، من قبل المجلس الأميري لعلم النفس المهني .

المستقبل The Future

وفي المستقبل ، قد يأمل علم النفس العصبي بتطوير المزيد من الاختبارات الفردية وبطاريات الاختبارات المعقدة . كما أن هنالك حاجة ماسة لتطوير أدوات وإجراءات أفضل للتقييم ، بما في ذلك تحسين إجراءات التخطيط والعلاج وإعادة التأهيل للمرضى الذين يعانون من خلل في وظائف الدماغ . ومن الواضح أن التقييم يعني أكثر من مجرد وضع تصنيفات للمرضى ، فهو يعني إتاحة الفرصة للإكلينيكي كي يساعد المريض على التكيف مستقبلاً (Johnston & Frank, 1995) وبالتحديد ، فعلى هذا الميدان إذن أن يُعنى أكثر بالتنبؤ بالشفاء من إصابة الدماغ ، وتسهيل ذلك الشفاء . ولحسن الحظ ، فإن هذا هو ما يحدث الآن . فإجراءات التدريب التي تساعد على تسريع إعادة التأهيل ، والاختبارات التي تتنبأ بمدى الشفاء ونسبته ، والمعلومات العامة المتعلقة بتخفيف تطور الإصابة ، يمكنها جميعاً أن تعطي أملاً للمرضى وأسرهم ، وأن تنظم حياتهم . وحتى الأخبار السيئة ، إذا ما تم تقديمها بطريقة حساسة وبناءة ، فيمكنها أن تسهل عملية التكيف .

التوجهات الحالية في ميدان علم النفس العصبي

■ ارتجاج الدماغ المرتبط بممارسة الرياضة : يتخرط أخصائيو علم النفس العصبي بشكل متزايد في تقييم الرياضيين الذين يصابون بالارتجاج ، ويقومون بمثل هذا النوع من التقييم في جميع المستويات التنافسية ، من الثانوية العامة إلى مستوى الاحتراف ، ودورهم الأساسي هنا هو تشخيص الارتجاج ، وتقديم النصح حول القرارات المتعلقة بالاستعداد للعب والعودة إليه بأمان (Podell, DeFina, Barrett, McCullen, & Goldberg, 2003).

■ علم النفس العصبي القضائي : وهذا الميدان المختص في علم النفس العصبي يُنظر إليه على أنه الأكثر نمواً في الآونة الأخيرة . إذ يقوم النظام القضائي باستدعاء أخصائيي علم النفس العصبي بشكل متزايد للعمل كشهود خبراء ، يقدمون شهادتهم فيما يتعلق بالصعوبات المعرفية . وعادةً ما يشمل ذلك الدعاوى المدنية المتعلقة باحتمال وجود إصابات دماغية نتيجة حوادث المركبات . ويُطلب من أخصائيي علم النفس العصبي عادةً تقييم ما إذا كان المدعي يعاني من صعوبات معرفية باقية ، يمكن عزوها إلى إصابة الدماغ البسيطة . إضافةً إلى ذلك ، لا بد من استبعاد عامل التمارض (Podell et al., 2003) .

■ التصوير العصبي الوظيفي : إن التصوير العصبي الوظيفي (كالتصوير الوظيفي بالرنين المغناطيسي (fMRI) والتصوير الطيفي المغزوي الفوتوني (SPECT) مثلاً) يعد ثورةً في هذا الميدان ، إذ يسمح أخصائيي علم النفس العصبي الآن اختيار فرضياته المتعلقة بالعلاقات ما بين الدماغ والسلوك بصورة مباشرة . وأحد أهم الدروس المتعلّمة هو أن السلوكات والمدرّكات البسيطة تتضمن العديد من مناطق الدماغ المختلفة ، والمسقة ضمن "شبكة عصبية" . وتأتي هذه النتيجة لتحدي الأفكار التقليدية القائلة إن هنالك مناطق معينة من الدماغ مسؤولة دون غيرها عن وظائف معينة (Podell et al., 2003) .

■ تقنية الواقع الافتراضي (Virtual Reality Technology-VRT) : لقد بدأ أخصائيو علم النفس العصبي بنسج هذه التقنية ، بحيث يمكن استخدامها لقياس السلوك في بيئات إيكولوجية صادقة (أكثر ماثلة لواقع الحياة ، أو أكثر واقعية) ، حيث يمكن للمقيم أن يتحكم بظهور المثيرات ، والحصول على قياسات موضوعية للأداء . ويمكن انتقاد المقاييس النفسية العصبية التقليدية على أساس أن ما تتوصل إليه من تقييم للارتباط ما بين المهام السلوكية والأداء في "واقع الحياة" لم يُبنَ بصورة قوية . ومع تقنية الواقع الافتراضي ، يمكن محاكاة مواقف الحياة الحقيقية ، حيث يكون الأداء المعرفي والسلوكي للمريض أكثر قابليةً للتعميم في العالم الحقيقي (أخرج المختبر) . وتشمل أمثلة تقنية الواقع الافتراضي تقييم عجز الانتباه لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد أثناء تفاعلهم مع "غرفة الصف الافتراضية" ، وفحص مهارات القيادة لدى أولئك الذين أصيبوا بإصابات دماغية (Schultheis & Rizzo, 2002) .

ويحث جونستون وفرانك (Johnston & Frank, 1995) . أعداداً أكبر من أخصائيي علم النفس العصبي على تحويل اهتمامهم إلى إعادة التأهيل . وبالرغم من تزايد الحاجة إلى إعادة التأهيل في السنوات الأخيرة ، إلا أن عدداً قليلاً نسبياً من أخصائيي علم النفس العصبي تلقوا تدريباً مختصاً في هذا المجال . إضافة إلى ذلك ، فالاختبارات النفسية العصبية لم تُستخدم (أو لم يتم تبنيها) بشكل عام لتقديم معلومات ذات فائدة إكلينيكية لأخصائيي إعادة التأهيل . ويجادل جونستون وفرانك مثلاً بأن العديد من القدرات المعرفية الهامة (كالانتباه والوظائف التنفيذية والذاكرة) لا يتم فهمها أو قياسها إلا بدرجة قليلة جداً . ووفقاً لوجهة نظرهما ، فإن نتائج الاختبارات النفسية العصبية تحتاج إلى ربطها بشكل واضح (من خلال البحث التجريبي) بوظائف الحياة اليومية ، بحيث يمكن لإعادة التأهيل أن تحدد الصعوبات وأوجه الضعف ، التي يمكن أن تؤدي إلى نتائج إيجابية في حال تحسينها . وإذا ما تم تبنيها ، فمن المرجح أن تؤثر هذه الاقتراحات على البحث والتدريب والتطبيق الإكلينيكي في ميدان علم النفس العصبي .

إن التغييرات الحاصلة في أساليب تقديم الرعاية الصحية وطرق تغطية تكاليفها ، ستؤثر بشكل كبير أيضاً على ميدان علم النفس العصبي . ولقد ناقش ك . م . آدمز (K. M. Adams, 1996) العديد من الطرق التي يمكن أن تؤثر من خلالها إدارة الرعاية الصحية على حاضري علم النفس العصبي ومستقبله . أولاً ، لن يعود إجراء التقييم النفسي العصبي روتينياً حين تُثار المسائل المتعلقة بالدمغ والسلوك ، كما أنه لن يتم تغطية تكاليفه بشكل روتيني أيضاً . بل من المرجح أن يُنظر إلى التقييم النفسي العصبي من قبل مؤسسات إدارة الرعاية الصحية على أنه نوع من الترف ؛ ولا ينبغي إجراؤه إلا حين يكون ضرورياً بشكل مطلق . كما يتنبأ آدمز باحتمال تقلص سوق العمل بالنسبة لأخصائيي علم النفس العصبي ، وسيُطلب منهم إثبات ما يحققونه من نتائج أو فوائد فعلية . وإذا كان ذلك حقيقياً ، فإن هذا التضييق في سوق العمل سيقف بالمرصاد أمام الوفرة في فرص العمل في علم النفس العصبي ، والتي كانت ميزةً في العقود الأخيرة الماضية . وأخيراً ، يذكر آدمز الحاجة إلى تشييف شركات التأمين والأطباء وإدارات المستشفيات حول عمل أخصائيي علم النفس العصبي ، وكيف يمكنهم تقديم خدمات مفيدة ، وكيف تكون إجراءاتهم على مستوى الفحوص وإعادة التأهيل فعالة ومجدية من حيث الكلفة .

ملخص الفصل Chapter Summary

لقد شهد ميدان علم النفس العصبي نمواً هائلاً عبر العقود الأخيرة الماضية . وعلم النفس العصبي هو دراسة العلاقات بين عمل الدماغ والسلوك . ويتم استدعاء

أخصائي علم النفس العصبي لتقديم الاستشارات لأخصائيي الأعصاب أو غيرهم من الأطباء فيما يتعلق بتقييم الأداء الوظيفي للمريض ، ووضع التنبؤات المتعلقة بتطور المرض وسيره ، والتخطيط للتدخلات العلاجية وإعادة التأهيل . ولقد تطورت نماذج عمل الدماغ من نموذج التمرکز الوظيفي ، إلى نموذج تساوي الجهد ، وأخيراً إلى النموذج الوظيفي . ويزعم النموذج الوظيفي أن مناطق مختلفة من الدماغ تتفاعل معاً لإنتاج السلوك ، وأن هذا السلوك يكون نتيجةً لعدد من الأجهزة الوظيفية لمناطق الدماغ .

ولقد ناقشنا الأجزاء الرئيسية للدماغ بإيجاز ، وكذلك عدداً من الأحداث السابقة أو الأسباب المؤدية لتلف الدماغ ، والآثار المختلفة لتلف العصبي . ويشتمل التقييم النفسي العصبي على استخدام أساليب الاختبارات المقننة غير المؤذية ، والحساسية لأنواع مختلفة من وظائف الدماغ . وثمة تمييز دقيق بين منحى البطاريات المقننة (الثابتة) إذ يتم تقديم مجموعة مقننة من الاختبارات لجميع المرضى بغض النظر عن حالتهم الإكلينيكية ، ومنحى البطاريات المرنة (أو اختبار الفرضيات) حيث يتم تطبيق الاختبارات التي يتم اختيارها فقط . وتشمل المجالات الوظيفية الأساسية التي يستهدفها أخصائيو علم النفس العصبي كلاً من : الوظائف العقلية ، الاستدلال المجرد ، الذاكرة ، المعالجة البصرية-المكانية ، والأداء اللغوي . ويمكن استخدام اختبارات التشخيص العصبي أيضاً لتشخيص المشكلات . وبعد ذلك يمكن استخدام التقييم النفسي العصبي في وضع خطة للتدخل الفردي أو إعادة التأهيل للمريض ، وتطبيقها . وينبغي أن يكون برنامج إعادة التأهيل مفيداً للمريض لأقصى حد ممكن ، وفعالاً ومجدياً من حيث ما يتطلبه من وقت الفريق الطبي وإشرافه .

إن التدريب المختص في علم النفس العصبي الإكلينيكي أمر ضروري ، وذلك لتعقيد الإجراءات المستخدمة . ومعظم برامج الدراسات العليا غير قادرة على تكريس الوقت الكافي والمسافات والخبرة العملية اللازمة لدراسة علاقات الدماغ والسلوك . بالتالي ، فقد تم تبني نموذج متكامل في تدريب أخصائيي علم النفس العصبي الإكلينيكي ، يشمل الخبرات التدريبية لمرحلة ما قبل الدكتوراة ، والإقامة ، والتدريب اللاحق لنيل الدكتوراة . وتوجد العديد من التحديات التي تواجه هذا الميدان ، منها الحاجة إلى مزيد من تقنيات التقييم وإعادة التأهيل الأقل تعقيداً والأكثر اقتصادية ، إضافة إلى ضيق نطاق سوق العمل كنتيجة لضغوطات إدارة الرعاية الصحية .

- العمة (agnosia) : ضعف في الإدراك الحسي .
- الحبسة (aphasia) : ضعف في القدرات اللغوية .
- العمة الحركي (apraxia) : ضعف القدرة على أداء حركات إرادية معينة .
- المخيخ (cerebellum) : أحد الأجزاء الفرعية من الدماغ ، ويرتبط بالتناسق الحركي والتحكم بنشاط العضلات ووضع الجسم والتوازن .
- نزيف الدماغ (cerebral hemorrhage) : حالة يحدث فيها قطع في وعاء دموي ، فيرشح الدم إلى أنسجة الدماغ فينلفها أو يدمرها . ويتم تحديد أعراض النزيف من خلال موقعه وشدته .
- ارتجاج الدماغ (concussion) : اختلال الدماغ بصورة كافية ، بحيث تؤدي إلى اختلال مؤقت في وظائفه . ولا يؤدي الارتجاج المفرد عادةً إلى حدوث تلف بصورة دائمة ، إلا أن الارتجاجات المتكررة قد تفعل ذلك .
- الكدمات (contusions) : الرضوض . وفي الدماغ ، تحدث الكدمات نتيجة لتحريك الدماغ من موضعه الطبيعي وضغطه باتجاه الجمجمة . وقد تكون الكدمات مزمنة ، ويمكن أن تتبعها هذيان وحالات من الغيبوبة .
- الأمراض الانحلالية (degenerative disease) : وهي مجموعة من الاضطرابات -مثل الزهايمر ومرض باركنسون ورقص هانتينجتون- التي تنجم عن انحلال الخلايا العصبية في الجهاز العصبي المركزي . وتتميز هذه الاضطرابات بالانحلال الدماغي المتزايد ، وباضطراب حاد في عدد من السلوكات أو الوظائف .
- الهذيان (delirium) : اضطراب الوعي ، والذي يحدث عادةً نتيجة لتعرض للسُموم .
- الدرجات الفارقة (difference scores) : أسلوب لتفسير بيانات الاختبارات النفسية العصبية ، يركز على التفريق بين درجات المريض على اختبارين منفصلين . وتشير الدرجات الفارقة التي تزيد عن مستوى معين إلى وجود ضعف ما .
- تساوي الجهد (equipotentiality) : الفكرة القائلة إن قشرة الدماغ تعمل كوحدة واحدة ، وإن جميع مناطق الدماغ تساهم بشكل متساوٍ في الوظائف العقلية العامة . ووفقاً لهذا المنظور ، فحين يحدث تلف في إحدى مناطق القشرة ، يمكن أن يتم تعويض وظائفها من قبل منطقة أخرى .
- المنحى المرن أو منحى اختبار الفرضيات (flexible approach or hypothesis-testing approach) : وفي هذا المنحى ، يقوم أخصائي علم النفس العصبي باختيار الاختبارات التي سيتم تطبيقها على كل مريض بناءً على فرضيات الأخصائي حول الحالة ، بل ويقوم العديد من الأخصائيين بتعديل طريقة تطبيق اختبار أو أكثر .

■ **الفصان الأماميان (frontal loops) :** وهما الجزءان الأكثر تطوراً من دماغ الإنسان في الوقت الحالي . ويرتبطان بالوظائف التنفيذية ؛ كالتشكيل ، والتخطيط ، والقيام بالسلوك الموجه نحو هدف ، ومراقبة السلوك وتعديله ، والتنظيم الانفعالي .

■ **النموذج الوظيفي (functional model) :** نظرية تدمج بين منظوريّ تمركز الوظائف وتساوي الجهد . وتقول هذه النظرية إن السلوك يحدث نتيجة لتفاعل عدد من أجهزة الدماغ ، وإن طبيعة العجز السلوكي تعتمد على أيّ من هذه الأجهزة الوظيفية قد تأثر ، إضافة إلى موضع التلف ضمن ذلك الجهاز الوظيفي .

■ **بطارية هالستيد-ريتان (Halstead-Reitan battery) :** البطارية الأكثر استخداماً في الوقت الحالي . وتتكون بطارية هالستيد-ريتان من عدة مقاييس ، وتستخدم لتقديم بيانات حول طبيعة العجز ، وموضع التلف المحتمل ، وما إذا كان ظهور التلف مفاجئاً أو تدريجياً . وبالرغم من دعم ثبات هذه البطارية وصدقها ، فإن سلبيتها الأساسية تتمثل في طول الوقت المستغرق في تطبيقها .

■ **مؤتمر هيوستن (Houston Conference) :** مؤتمرٌ حول التدريب في علم النفس العصبي الإكلينيكي ، تم عقده في أيلول 1997 . وكنتيجة لهذا المؤتمر ، وُضعت إرشادات عامة لتدريب الإكلينيكين الذين سيتخصصون في علم النفس العصبي من حيث برامج الدراسات العليا ، والإقامة قبل الحصول على الدكتوراة ، والتدريب اللاحق لنيلها .

■ **التمزقات (Lacerations) :** القطع أو التمزق أو التفتق . ويمكن أن تظهر التمزقات في أنسجة الدماغ حين تتعرض الجمجمة إلى الإصابة برصاصة أو غيرها من الأجسام الصلبة .

■ **النصف الأيسر من الدماغ (left hemisphere) :** نصف الدماغ الذي يتحكم بالجانب الأيمن من الجسم ، ويُعتقد بأنه أكثر ارتباطاً بوظائف اللغة والاستدلال المنطقي والتحليل التفصيلي لدى معظم الناس .

■ **التمركز الوظيفي (localization of function) :** الفكرة القائلة بوجود أجزاء معينة من الدماغ مسؤولة عن وظائف أو سلوكيات محددة .

■ **بطارية لوريا-نبراسكا (Luria-Nebraska Battery) :** اختبار نفسي عصبي يقبم القدرات وفق مجموعة من II اختباراً فرعياً . وقد دعمت الدراسات الثبات والصدق التشخيصي لهذه البطارية ، التي تستغرق وقتاً أقل لتطبيقها مقارنةً ببطارية هالستيد-ريتان .

■ **إجراءات التشخيص العصبي (neurodiagnostic procedures) :** إجراءات (كالخزعات النخاعية الشوكية ، والتصوير الوظيفي بالرنين المغناطيسي الذري) تُستخدم للكشف عن وجود التلف الدماغي وموقعه . وتختلف هذه الإجراءات من حيث كلفتها وحساسيتها وضررها ، وما تشكله من خطورة بالنسبة للمريض .

- التقييم النفسي العصبي (neuropsychological assessment) : تقييم وظائف الدماغ بناءً على أداء الفرد على اختبارات غير مؤذية ومقننة ، يُعتقد بأنها مؤشرات دقيقة وحساسة للعلاقات ما بين الدماغ والسلوك .
- علم النفس العصبي (neuropsychology) : دراسة العلاقة بين وظائف الدماغ والسلوك . ويقوم أخصائيو علم النفس العصبي بدراسة و/أو تقييم و/أو معالجة السلوكيات المرتبطة مباشرة بوظائف الدماغ .
- الفصان الخلفيان أو القذاليان (occipital loops) : وهما جزآن من قشرة الدماغ ، يرتبطان بالمعالجة البصرية وبعض أوجه الذاكرة البصرية غير المباشرة .
- الانسدادات (occlusions) : انسداد في الأوعية الدموية نتيجةً للتخثر . وقد يحدث انسداد مُطبّق في أحد الأوعية التي تغذي مناطق معينة من الدماغ ، مما يؤدي إلى حدوث شكلٍ من أشكال الجلطة .
- الفصان الجداريان (parietal lobes) : جزآن من قشرة الدماغ ، يرتبطان بالإدراك الحسي والحركي ، ولفهم ، والإدراك المكاني ، وبعض الفهم اللغوي والمعالجة اللغوية .
- الإشارات المرضية (pathognomonic) : مؤشراتٌ على اضطراب أو حالة معينة . وهي أحد الأساليب التي يمكن من خلالها تفسير الملاحظات المتعلقة ببيانات الاختبارات النفسية العصبية والتوصل إلى الاستدلالات حول الإشارات المرضية .
- تحليل النمط (pattern analysis) : أسلوبٌ لتفسير الاختبارات النفسية العصبية ، حيث يتم فحص النمط الأساسي للدرجات لرؤية ما إذا كانت تُطابق الأنماط التي ترتبط ، وبشبات ، بإصابات عصبية معينة ، أو أشكالٍ من القصور العصبي .
- إعادة التأهيل (rehabilitation) : في إطار علم النفس العصبي ؛ هو معالجة المرضى الذين يعانون من قصور معرفي أو سلوكي ، نتيجةً لاختلال وظيفي في الدماغ أو إصابته . وقد تتضمن إعادة التأهيل مساعدة المريض على "إعادة تعلّم" المهارات و/أو تغيير بيئته بحيث تُعوّض القصور بأفضل صورة . والتخطيط/التعاون في إعادة التأهيل وظيفة أساسية لأخصائيي علم النفس العصبي .
- النصف الدماغى الأيمن (right hemisphere) : نصف الدماغ الذي يتحكم بالجانب الأيسر من الجسم لدى معظم الناس . وهو أكثر ارتباطاً بالمهارات البصرية المكانية وإدراك الاتجاهات والإبداع والأنشطة العضلية .
- منحنى البطاريات المقننة أو الثابتة (standard battery or fixed battery approach) : في هذا المنحنى ، يتم تطبيق المجموعة نفسها من الاختبارات النفسية العصبية على جميع المرضى المحالين .

■ **الفصان الصدغيان (temporal lobes) :** جزأ الدماغ اللذان يتوسطان بين التعبير اللفظي والإدراك والتحليل ، كما أنهما يشاركان في معالجة النغمات والأصوات والإيقاعات ، والمعاني ذات الطبيعة غير اللغوية .

■ **الأورام (tumors) :** نمو غير طبيعي في الخلايا ، وقد تنمو خارج الدماغ أو داخله ، أو تنتشر إلى الدماغ من مناطق أخرى من الجسم . وعادةً ما تكون الإشارات الأولية لأورام الدماغ خفيفة إلى حدٍّ ما ، وتصبح ملحوظة بشكل أكبر أثناء نمو الورم ، وممارسته ضغطاً على المناطق المحيطة به من الدماغ .

الفصل التاسع عشر

علم النفس القضائي *Forensic Psychology*

- 1- ما هي الأحداث التاريخية التي أثرت على تطور ميدان علم النفس القضائي؟
- 2- ما هي الأدوار الأساسية التي يقوم بها الأخصائيون في علم النفس القضائي؟
- 3- ما هي أوجه الشبه والاختلاف بين المعايير القانونية الأساسية الثلاثة للـ "جنون"؟
- 4- ما هو الدور الذي يمكن أن يلعبه الأخصائي الإكلينيكي في قرار الوصاية على الأطفال؟
- 5- كيف يمكن لأخصائي علم النفس القضائي أن يساهم في العمليات التالية : اختيار المحلفين ، إعداد الشاهد ، مساعدة المحامي الذي يستجوب شهود العيان أمام المحكمة؟

محتويات الفصل:

- المنظورات والتاريخ .
- بعض الأنشطة الأساسية لأخصائي علم النفس القضائي .
- ملخص الفصل .

لأن أخصائيي علم النفس الإكلينيكي يُعتبرون "خبراء" في السلوك الإنساني ، فمن غير المفاجئ أن يتجه بعضهم نحو الاختصاص في تطبيق المعرفة النفسية في القضايا والمشكلات التي تواجه العاملين في الجهاز القضائي ، من قضاة ومحامين وضباط شرطة . وكل امرئ معرض لمواجهة مسائل تتعلق بالمحاكم المدنية أو الجنائية أو الإدارية ، سواء كان ضحية أو جانباً . وهذا المجال في علم النفس الإكلينيكي ، والذي يُسمى الآن بعلم النفس القضائي ، شهد طفرة غوّقوية في السبعينيات من القرن العشرين ، وما يزال في تقدم وازدهار مستمرين (Melton, Huss, & Tomkins, 1999) . كما أنه حظي بكل بهارج التخصص الفرعي الجديد ؛ من تطوير برامج للدراسات العليا ، إلى إنشاء المنظمات والمجالس المهنية ، إلى تأسيس شعبة خاصة به في الرابطة النفسية الأميركية (APA) الشعبة 41 ، (جمعية علم النفس والقانون الأميركية) ، وحتى إصدار الدوريات والمراجع الدراسية . هذا ، وتداخل العديد من هذه الأمور مع تخصصات متنوعة ، تجسّر ما بين ميداني القانون وعلم النفس . على أية حال ، لم تخل مسيرة نجاح علم النفس القضائي وشهرته من بعض المتاعب والصعوبات ، بل والنقد القاسي أيضاً (Hagen, 1997; Huber, 1993; Wrightsman, 2001) .

المنظورات والتاريخ *Perspectives and History*

فلنبداً حديثنا عن هذا الميدان بتعريفه وتتبع تاريخه بشكل مختصر ، ومن ثم مناقشة بعض المسائل المهنية المرتبطة به .

التعريفات *Definitions*

يتضمن ميدان علم النفس القضائي "تطبيق أساليب علم النفس ونظرياته ومفاهيمه على النظام القضائي" (Wrightsman, Nietzel, & Fortune, 1998, p. 499) . ويعرض الجدول 1-19 بعض الأمثلة التي تبين مدى اتساع مجالات هذا التطبيق . كما يمكن أن يتضمن هذا الميدان أماكن متنوعة وأشخاصاً مختلفين ، بمن فيهم الأطفال والراشدين . كما يمكن أن يتضمن سائر أنواع المؤسسات ، بما فيها الشركات الكبرى والمؤسسات الحكومية والجامعات والمستشفيات والعيادات ، سواء كعملاء أو كموضوع للشهادة .

التاريخ *History*

في عام 1908 ، قام هيوغو ثون منسـتربيرج بنشر كتابه "على منصة الشهود" (On the Witness Stand) (انظر التوضيح 1-19) . وعلى الرغم من هذا الحدث البارز والمهم ، فلم

يكن لعلم النفس سوى تأثير نسبي بسيط على التشريعات والقوانين حتى عام 1954 ؛ وهو العام الذي أولت فيه المحكمة العليا الأميركية انتباهها أخيراً للعلوم الاجتماعية في قضية من قضايا التمييز العنصري في مجال التعليم (قضية براون ضد مجلس التعليم - Brown v. Board of Education). وبعد ذلك ، وفي عام 1962 ، أعلن القاضي بازيلون (Bazelon) - في مخاطبته الأغلبية من أعضاء محكمة الاستئناف الأميركية لمقاطعة كولومبيا وللمرة الأولى - أن الأخصائيين النفسيين المؤهلين بشكل مناسب يمكنهم الشهادة في المحاكم كخبراء في مجال الاضطرابات النفسية (Jenkins v. United States, 1962). وأخيراً ، أصبح أخصائي علم النفس القضائي على وشك الظهور على المسرح ، وذلك بالرغم من تمتع الأطباء النفسيين بامتياز تقديم الشهادة كخبراء لسنوات عديدة . واليوم ، يقوم الأخصائيون النفسيون بهذا الدور كشهود بصورة منتظمة في كافة مجالات القانون الجنائي والمدني والأسري والإداري تقريباً . إضافة إلى ذلك ، أصبحوا يعملون كمستشارين للهيئات والأفراد في سائر مجالات النظام القضائي .

بالطبع ، فهذه الصورة الموجزة للتاريخ الجنائي من منسربيرج إلى بازيلون ، تترك كثيراً من التفاصيل والأمور الخلافية خارج إطار بحثنا . وحتى قبل منسربيرج ، أشار وليام ستيرن عام 1901 إلى أنه كان مهتماً بدراسة مدى "صحة" التذكر آنذاك ؛ الأمر الذي كان نذيراً مبكراً لما يُجرى اليوم من أبحاث حول شهادة العيان . حتى فرويد ، في كلمة وجهها عام 1906 إلى بعض القضاة النمساويين ، زعم أن لعلم النفس تطبيقات حقيقية في مجال القانون . كما أكد جون واطسون في وقت لاحق أيضاً على وجود اهتمامات مشتركة بين علم النفس والقانون .

ولئلا يعتقد القارئ بأن خطوات علم النفس القضائي نحو تحقيق التقدير المهني كانت دائماً سهلة وثابتة ، من المهم أن ننوه إلى وجود من يخالف الاعتقاد بأن علم النفس لديه الكثير ليقدمه للنظام القضائي . حتى منسربيرج بالكاد ظلّ دون انتقاد . ولأنه حاول الترويج لدور علم النفس قبل أن يكون لديه كثير من البيانات التجريبية لدعم مزاعمه ، فقد اعتبر كثيرون أن كتابه غير ذي نفع . وفي خطاب عام 1931 ، قال لويس تيرمان (Lewis Terman) : " يكمن خطأ منسربيرج في تضخيمه لأهمية إسهامات علم النفس استناداً إلى الأبحاث المتوافرة لديه في ذلك الوقت . ومضى ليقتراح أنه في ضوء ما تحقق من تقدّم علمي دالّ ، ينبغي تجنب المبالغة في تعليق أهمية كبيرة على علم النفس في ميدان القضاء " (Blau, 1998, p.3). ويبين التوضيح 1-19 مدى القسوة في آراء بعض أفراد المجتمع القانوني تجاه فكرة منسربيرج . وحتى في الخمسينيات من القرن الماضي ، وقبل نفاذ حكم القاضي بازيلون ، لم يُفلح القضاء في اعتبار الأخصائيين النفسيين خبراء في قاعة المحكمة .

- الإيداع في المستشفيات النفسية .
- قضايا الوصاية على الأطفال .
- الأضرار النفسية الناجمة عن الإهمال من قبل شخص آخر .
- التسريح من التوقيف الإجباري .
- تحديد احتياجات وصي ما نتيجة لعدم الأهلية .
- التنبؤ بالخطورة .
- حقوق الشخص الذي يعاني من عجز عقلي داخل المؤسسات .
- الكفاءة للمثول أمام المحكمة .
- المسؤولية الجنائية (الدفاع بحجة الجنون) .
- تحديد مدى العجز للحصول على مستحقات الضمان الاجتماعي .
- ادعاءات العاملين فيما يتعلق بالتعويضات .
- الظروف التي تؤثر في مدى دقة أقوال شهود العيان .
- تقديم النصيحة للمحكمة فيما يتعلق بالعوامل التي تؤثر على حكم المحلفين .
- مدى تضليل الادعاءات الإعلامية .
- متلازمة المرأة المتعرضة للضرب .
- متلازمة صدمة الاغتصاب .
- دقة أقوال شاهد العيان .
- التحرش الجنسي .
- علم النفس البوليسي .
- اختيار المحلفين .
- برامج علاج المسيئين .
- تقديم صفحة نفسية للمجرمين .

مَنْسْتَرِيرِجْ أَمَامَ الْمَحْكَمَةِ

لقد اشتهر مَنْسْتَرِيرِجْ (1908) من أنه ليس هناك أحدٌ (سواء كان معلماً ، فناناً ، رجل أعمال ، طبيباً ، مديراً ، سياسياً أو جندياً) يمكنه أن يكون كما المحامي في مقاومته لفكرة الاستعانة بمساعدة الأخصائي النفسي . وقد اتهم المحامين والقضاة ، وحتى أعضاء هيئة المحلفين ، بأنهم يرون أن كل ما يحتاجون إليه للعمل بشكل صحيح هو امتلاك حسنٍ عام .

وقد اعتبر الدكتور جون ويجمور (Wigmore, 1909) -وهو أستاذ بارز في جامعة يورث ويسترن- أن مزاعم مَنْسْتَرِيرِجْ فيها الكثير من الغطرسة . وقام ويجمور بكتابة ردٍّ ذكي وقاسٍ في أن ، يعكس مشاعر العديد من المحامين . وقد صوّر فيه قضية لدحٍ خيالية ضد مَنْسْتَرِيرِجْ ، اتهمه فيها بمبالغة تقدير ما يمكن لعلم النفس أن يقدمه ، متجاهلاً العديد من الخلافات بين الأخصائيين النفسيين أنفسهم ، كما اتهمه بالفشل في فهم الفرق بين النتائج المخبرية وواقع المتطلبات القانونية .

وقد تم توثيق "القضية" في "ويندليل" في "مقاطعة فونت" . وسُمّي محامو الدفاع عن مَنْسْتَرِيرِجْ : "السيد بحث ، والمستفسر ، والآسة تجربة" . بينما استمع "القاضي حكمة" للقضية المقدمة ضد مَنْسْتَرِيرِجْ ، وادعائه بأن "المحامين قساة قلوب" .

وبالطبع ، فقد سارت القضية ضد مَنْسْتَرِيرِجْ . وبعد عدة دقائق فقط من التشاور بصوتٍ منخفض ، اتفقت هيئة المحلفين على قرار الحكم لصالح الادعاء ، وتم تغريم مَنْسْتَرِيرِجْ دولاراً واحداً تعويضاً عن الضرر . وبشكل عام ، فقد كان هجوم ويجمور ذكياً جداً وهداماً ، لدرجة أن الأمر استغرق 25 عاماً حتى أعيد النظر في وضع الإكلينيكيين باعتبارهم شهوداً خبراء . في الحقيقة ، وعلى أية حال ، فقد خفف ويجمور من انتقاده قبل حوالي 30 عاماً من وفاته . فقد أكد على أن المحاكم يجب أن تكون مستعدة لاستخدام أي أسلوب نفسي يتفق الأخصائيون النفسيون فيما بينهم على أنه سليم ودقيق وعملي . والأمر بالطبع ، فالتعبيرات في فكرة ويجمور تنعكس في الإجراءات اليومية للمحاكم . ولكن ربما يكون صحيحاً أنه لو لم يكن مَنْسْتَرِيرِجْ بهذا الشدة في مزاعمه الأصلية ، لما كان لهذا المشهد بين مَنْسْتَرِيرِجْ ووجمور أن يرى النور قط .

وقد بيّن لوه (Loh, 1984) أن مرحلة الفتور بين علم النفس والقانون كانت فترةً حاول فيها الأخصائيون النفسيون تقديم إسهاماتهم للنظام القضائي ، إلا أن المحامين لم يسمحوا بذلك . وفي الثلاثينيات من القرن العشرين ، كان علم النفس يُطبّق بشكل أساسي في معرض نقد مبادئ النظام القضائي وقراراته القانونية . وفي الخمسينيات ، انشغل الأخصائيون النفسيون في محاولة تقديم

خدماتهم كشهود خبراء بشكل أساسي ، ثم كمستشارين في المسائل المتعلقة بسلوك المخلفين ، وذلك في السبعينيات والثمانينيات من القرن الماضي (Loh,1984) .

والآن ، وكما ذكرنا في البداية ، وصل علم النفس القضائي إلى مرحلة يشهد فيها وجود مختصين في البحث النفسي القانوني ، وانتشار برامج التدريب متعددة التخصصات ، وصدور العديد من الكتب والمراجع المختصة في هذا الميدان . ومن الدوريات العديدة في هذا المجال ، نذكر : القانون والسلوك الإنساني (Law and Human Behavior) ، مجلة الأحكام الجنائية (Criminal Justice Journal) ، مراجعات في القانون وعلم النفس (Law and Psychology Review) ، الأحكام الجنائية والسلوك الإجرامي (Criminal Justice and Behavior) ، علم السلوك والقانون (Behavioral Science and Law) ، مجلة علم النفس القضائي الأميركية (American Journal of Forensic Psychology) ، وأخيراً ، علم النفس ، السياسة العامة ، والقانون (Psychology, Public Policy, and Law) .

قضايا مهنية Professional Issues

لطالما عبّر العديد من أخصائيي علم النفس القضائي ، ولعدة سنوات ، عن قلقهم حول افتقارهم للمكانة والقبول لدى زملائهم من التخصصات الأخرى (e.g., Kurke,1980) . وكان تأسيس المجلس الأميركي لعلم النفس القضائي عام 1978 -لمساعدة الأفراد في التعرف على المهنيين المؤهلين وتعزيز هذا التخصص- قد ساعد على تبديد بعض المخاوف . ومع ذلك ، بقيت مسائل مهنية -مثل الشهادات والترخيص- من القضايا المهمة لأخصائيي علم النفس القضائي لفترة طويلة من الزمن .

التدريب Training

لاحظ پويثريس (Poythress,1979) أن التدريب في علم النفس القضائي ينبغي أن يعرف الطلاب بالاختبارات والمفاهيم القانونية ، والتقييم الملائم ، والمعرفة بالأدبيات ذات الصلة بهذه المواضيع ، والتكيف مع قاعة المحكمة . ولتحقيق هذه الأهداف ، أوصى پويثريس الطلبة المهتمين بعلم النفس القضائي بإتمام مساق يتضمن مدخلاً أولياً لهذا التخصص ، وحلقات بحث في علم النفس القضائي ، وتدريب ميداني في المواقع القضائية . وإضافة إلى التدريب الجيد في علم النفس الإكلينيكي ، على الأخصائي الإكلينيكي الذي يتخصص في علم النفس القضائي أن يحصل على الخبرة والاطلاع في القانون ، بما يمكنه من الإدلاء بالشهادات وتقديم الاستشارات والأبحاث . وقد أصبحت الأقسام الأكاديمية تقدم مساقات جنائية بشكل متزايد . كما أن موقع الإنترنت الخاص بالشعبة 41 في الرابطة النفسية الأميركية (APA) (جمعية علم النفس والقانون الأميركية) يعرف

14 برنامجاً تقدم شهادة الدكتوراة والدكتوراة في علم النفس (Ph.D & Psy.D) في المجال الإكلينيكي ، والتي تركز على علم النفس والقانون ؛ و13 برنامجاً غير إكلينيكي ضمن هذا النطاق . إضافة إلى ذلك ، تتوافر عدة برامج للماجستير ، تركز على علم النفس القضائي ، وفرص للتدريب ما بعد الدكتوراة . وفي كل عام ، تزداد مثل هذه البرامج كماً ونوعاً .

الأخلاقيات والمعايير Ethics and Standards

جميع المبادئ والإرشادات الأخلاقية التي ذكرناها في فصول سابقة ، تنطبق هنا أيضاً . إضافة إلى ذلك ، يوصى العالم الجنائي بـ "ميثاق الأكاديمية الأميركية للعلوم القضائية" (Blau, 1998) . وهذا الميثاق يؤكد على (أ) الإعلان عن المؤهلات المهنية بصورة تامة ودقيقة ، (ب) الدقة التقنية والعلمية ، والصدق في التقارير والإدلاء بالشهادة ، و(ج) النزاهة وعدم التحيز . وكمصدر إضافي ، قامت الشعبة 41 في الرابطة النفسية الأميركية (APA) بتطوير مجموعة من الإرشادات الخاصة لأخصائيي علم النفس القضائي (Committee on Ethical Guidelines for Forensic Psychologists, 1991) ، والتي تتناول المبادئ الأخلاقية للأخصائيين في الرابطة بشكل مفصل ، التي تُطبق على ممارسة علم النفس القضائي . ولكن - كما سنرى لاحقاً في هذا الفصل - ما تزال القضايا الأخلاقية التي يواجهها أخصائيو علم النفس القضائي في إطار الجهاز القضائي المناوئ ، مربكة وهائلة (Wrightman et al., 1998) . وأخيراً ، فقد قدم بلو (Blau, 1998) عدداً من الإرشادات الصريحة الخاصة بأنشطة أخصائي علم النفس القضائي المتعلقة بالشهادة كخبير . وتتضمن هذه الإرشادات قضايا نوعية العمل ، والكفاءة واللياقة ، والترتيبات المالية . ويبين الجدول 2-19 مبادئ بلو المتعلقة بالترتيبات المالية .

وتلعب قضايا الأخلاقيات والمعايير دوراً مهماً وخطيراً في أي ميدان مهني ، تتخلله الكثير من صراعات الدور والتحيزات وتشويه الحقائق والذاتية . وعلم النفس القضائي ، في نهاية المطاف ، ليس إلا واحداً من هذه الميادين .

بعض الأنشطة الأساسية لأخصائي علم النفس القضائي

Some Major Activities of Forensic Psychologist

لقد أدى نمو علم النفس القضائي إلى دفع الأخصائي النفسي باتجاه العديد من الأدوار المختلفة . وسنركز على ثمانية من هذه الأدوار ، نستهلها بالحديث عن دور أخصائي علم النفس القضائي كشاهد خبير .

1. لا يجب أن يتلقى الأخصائي النفسي أتعابه أبداً بناءً على الحكم في القضية .
2. ينبغي أن يتم تحديد مقدار الأتعاب وتفاصيل التعويض بين الأخصائي النفسي والمحامي الذي أوكله أثناء الاستشارة الأولية . وينبغي أن يكون الاتفاق مكتوباً بين الطرفين .
3. ينبغي دفع جميع الأتعاب قبل أن يدلي الأخصائي بشهادته .
4. ينبغي حل سوء التفاهم والخلاف حول الأتعاب قبل السير في القضية .
5. على الأخصائي النفسي الذي يدلي بشهادته بشكل منتظم كخبير ، أن يكرس بعضاً من وقته المهني لحالات من أجل الصالح العام .

● حالات دون تعويض مادي خدمة للأهداف الاجتماعية ، أو تمثيل شخص لا يمكنه أن يدفع أتعاباً لأخصائي نفسي .

المصدر : Blau . (1998) . p. 402

الشاهد الخبير The Expert Witness

لنأخذ السيناريو التالي :

كانت الأنسة فيريس - وهي موظفة في شركة ديجو بان- تعمل في مكتبها في 28 نيسان 1999 . وقد وقف السيد سميث المشرف عليها جوار مكتبها . وقد كان له تاريخ من إلقاء النكات الدنيئة أمامها ، والتعليق على جسدها ، والسؤال عن علاقاتها الحميمة . لكنه في ذلك اليوم ، عرض عليها ممارسة الجنس صراحةً ، وقال لها بوضوح إنها إذا أرادت أن تترقى في وظيفتها بالشركة ، بل وحتى أن تبقى على رأس عملها ، فمن الأفضل لها أن توافق على ممارسة الجنس معه . ورفضت الأنسة فيريس عرضه ، فطردت من عملها بعد أسبوعين . ثم قامت إثر ذلك برفع دعاوى بالتحرش الجنسي ضد السيد سميث ، وطالبت بالتعويض عن معاناتها النفسية . وقد أوكل الدكتور ميلر ، وهو أخصائي إكلينيكي ، من قبل محامي الأنسة فيريس ، فأجرى عدداً من المقابلات المكثفة معها ، ومع عدد من زملائها . وكان أحد زملائها ، وهو السيد رايت ، قد استمع مصادفةً إلى الحوار الذي حدث يوم 28 نيسان بين الأنسة فيريس ومشرفها ، كما لاحظ في وقت سابق بعض تلك التحرشات الجنسية المزعومة .

أثناء المحاكمة ، تم استدعاء السيد رايت كشاهد ليُدلي بأقواله حول الحقائق المتعلقة بملاحظاته . كما أدلى د. ميلر بأرائه واستدلالاته حول الضرر النفسي الذي لحق بالآنسة فيريس ، والذي كان ضمن نطاق تدريبه وخبرته . وهذا يبين الفرق بين الشاهد العادي والشاهد الخبير ؛ فالأول لن يشهد إلا بالأحداث التي رآها ، بينما الثاني يمكنه أن يقدم آراءه واستدلالاته . وهذا يتجاوز مجرد الإدلاء باستنتاج ما ؛ إذ يجب على الشاهد الخبير أن يساعد المحكمة على فهم الأدلة وتقييمها ، أو تقدير الحقائق المطروحة أمام المحكمة (Gutheil, 1998).

المؤهلات Qualifications

الشاهد الخبير هو أي شخص يمكنه تقديم معلومات من غير المرجح أن يقدمها المحلف العادي ، وذلك بحكم تفردها من حيث صلتها بعلم من العلوم أو مهنة ما أو تدريب أو خبرة (Blau, 1998; Wrightsman et al., 1998) . بدايةً ، تقرر المحكمة ما إذا كان الشاهد يمكنه أن يزعم مكانة الخبير . في حالة الأطباء أو الأخصائيين النفسيين أو الأطباء النفسيين ، عادةً ما يتم اعتبار رخصة مزاولة المهنة دليلاً على الكفاءة . ولكن إذا ما اعترض المحامي الخصم على ادعاء الشاهد بالخبرة ، يتم تقديم أدلة أخرى على كفاءته ، وفي النهاية يعود القرار إلى القاضي (Blau, 1998) . وبشكل عام ، فإن الأسس التي تُبنى عليها الخبرة النفسية الإكلينيكية تشمل : (أ) التعليم ، والتدريب الرسمي ، والتعليم اللاحق . (ب) الخبرات ذات الصلة ، بما فيها المناصب التي تم توليها ، (ج) الأبحاث والمنشورات ، (د) المعرفة بالمبادئ العلمية وتطبيقها ، و(هـ) استخدام الاختبارات والمقاييس الخاصة (Maloney, 1985) . أما ما يتم قبوله كدليل على الخبرة ، فيختلف من منطقة لأخرى .

وفي قرار للمحكمة العليا في الولايات المتحدة عام 1993 ، تُعتبر قضية دوبييرت ضد ميريل داو (Daubert v. Merrell Dow) الأساس الذي اعتقد كثيرون أنه المعيار الأكثر تحملاً في قبول أدلة الشاهد على أنه خبير . وباختصار ، فقد تغير المعيار من "القبول العام" ضمن أوساط المجتمع العلمي ذي الاختصاص (قضية فراي مقابل معيار الولايات المتحدة لعام 1923) إلى معيار "الاختصاص والصدق" كما يحدده القاضي في المحاكمة . وبعبارة أخرى ، يقع العبء الآن على القاضي في تقرير ما هو مقبول كدليل على الخبرة (Bartol & Bartol, 1994) . وبالرغم من أن القصد من وراء هذا المعيار هو زيادة التحرر والمرونة ، فقد نجم عن معيار دوبييرت في العديد من الحالات ، محكات أكثر صرامة في قبول شهادة الخبير . وقد استخدمت القضاة قرار دوبييرت لاستبعاد مختلف أنواع الأدلة المستمدة من العلوم الاجتماعية باعتبارها "غير علمية بما فيه الكفاية" ، بالرغم من الاعتقاد بإمكانية اعتمادها ضمن قرار فراي . وبالفعل ، فإن الجدل ما يزال مستمراً في ميدان علم النفس

القضائي حول ما إذا كان قرار دوبرت يعزز دور العلم في شهادة الخبراء ، أم أنه يربك القضاة والمُحلفين ، أم أنه يفتح الباب أمام النظريات والنتائج غير الموثوقة (Hess, 1999) .

وبناءً على قانون دوبرت ، فقد قدّم روتجرز وباريت (Rotgers & Barrett, 1996) الإرشادات التالية لمساعدة الأخصائي الإكلينيكي كشاهد خبير :

- استخدام الأدوات الكافية والملائمة نظرياً وسيكومترياً في جمع البيانات .
 - التوصل إلى الاستنتاجات انطلاقاً من مواقف نظرية ، ثبت صدقها عملياً .
 - تقييم الشهادة وتوصيفها على أساس مدى كفاية الأبحاث النظرية والتجريبية المتعلقة بالسؤال المطروح .
 - الاستعداد للدفاع عن المكانة العلمية للأساليب المستخدمة في جمع البيانات أثناء عمليات فحص الأهلية كشاهد خبير .
- وقد شجّع روتجرز وباريت (1996) الشاهد الخبير على إعلام المحكمة مسبقاً بحدود معرفته العلمية ، في أي مجال من المجالات التي تُطلب منه الشهادة فيها .

مواضيع شهادة الخبير Topics of Expert Testimony

رأينا في الجدول 1-19 مدى اتساع نطاق الموضوعات التي يمكن للشاهد الخبير أن يدلي بشهادته فيها . ومع ذلك ، فهذه القائمة لا نهاية لها أبداً ، إذ توجد مجالات إضافية أخرى للآراء النفسية الخبيرة (Wrightsman et al., 1998) . على أية حال ، من غير المسموح للخبراء بالإدلاء بآراء تعد من صلاحيات هيئة المُحلفين . فعلى سبيل المثال ، ينص القانون الفيدرالي للأدلة ، الفقرة 704 (ب) على أنه بينما يُسمح للخبراء بإعطاء آرائهم حول الحالة العقلية/ النفسية للمتهم وتأثيراتها المُحتملة على سلوكه وإدراكه ، فإن هذا لا يعني أن من صلاحياتهم إعطاء استنتاجات حول سلامة عقل المتهم أو جنونه . بالتالي ، يُمنع الشاهد الخبير من تقديم شهادة تشكّل " رأياً نهائياً" (Wrightsman et al., 1998) .

الشهادة Testifying

وبغض النظر عن الموضوع ، فإن الشهادة في المحكمة يمكن أن تكون تجربة مؤلمة للشاهد الخبير . حيث يكون القلق والشك بالذات من الأمور الشائعة أثناء عمليات المواجهة والضغط ، التي يمارسها المحامون من كلا الطرفين . وكما أن أخصائي علم النفس العصبي بالكاد تصله حالة يسهُل تشخيصها ، فإن الخبير السلوكي في المحكمة نادراً ما تكون شهادته حول أمور بسيطة . فالدعاية

والإعلام والإثارة والنزاعات القانونية ، جميعها أمورٌ تصاحب مثل هذه المواقف ، والتي لا تجعل عمل الشاهد الخبير بالعمل السهل .

ويُعدّ التحضير المُسبق للمحاكمة من المقدمات المهمة للشهادة . ويمكن أن يشمل ذلك أحياناً الكثير من ساعات الدراسة والمقابلات وتطبيق الاختبارات والتشاور ، وفقاً للحالة المُعطاة . وقد تُطلب مشاركة الشاهد الخبير من قبل المحكمة أو محامي المتهم أو محامي الادعاء .

استجواب الشاهد Cross-Examination

لننظر في الخلاصتين التاليتين لتوضيح كيف يمكن أن يكون استجواب الشهود (Schwitzgebel & Schwitzgebel, 1980, p.243) .

"صباح الخير يا دكتور . أرى أنك هنا نيابةً عن شخص مُتهم بالقتل (أو "عن زميلك الأخصائي النفسي") مرةً أخرى . كيف حالك اليوم؟"

"دكتور ، هل تقاضيت أتعاباً للإدلاء بشهادتك؟ [نعم] . كم بلغت؟ [200 دولاراً للساعة] . وكم مجموع الساعات التي أمضيتها؟ [20 ساعة] . هذا يعني 4 آلاف دولار ، أليس كذلك يا دكتور؟ [نعم] . ووفقاً لرأيك ، فإن المريض كان مجنوناً في ليلة 26 كانون الثاني 1975؟ [نعم] . هذا كل شيء يا دكتور" .

ومن الأسئلة المثيرة الأخرى التي تُطرح على الأخصائي النفسي الذي يتقدّم كشاهد خبير :

"هل صحيح أن معظم تجاربك تتم على الجرذان؟"

"أنت لست طبيباً حقيقياً ، أليس كذلك؟"

"أنت لا تستطيع أن تخبرنا بما يحدث هنا ، أليس كذلك؟" (وبشير المحامي الخصم إلى رأسه) .

لقد قدّم عدد من الكُتّاب (e.g., Blau, 1998; Brodsky, 1991; Schwitzgebel & Schwitzgebel, 1980) عدداً من التلميحات حول الطريقة التي ينبغي أن يتصرف بها الشاهد الخبير في المحكمة ، حتى إلى حد اقتراح اللباس الملائم . وقد لخص شويتزجيبل وشويتزجيبل (Schwitzgebel & Schwitzgebel, 1980) الأساليب التدبرية التي يوصيان بها أثناء الاستجواب ، وهي كالتالي :

- كن مستعداً .
- كن صادقاً .
- اعترف بالضعف .
- تحدث بمصطلحات مفهومة وذات معنى من ناحية شخصية .
- استمع جيداً لمفردات الأسئلة .
- خذ وقتك في التفكير .

القضايا الجنائية Criminal Cases

لقد واجه المجتمع ، على مدى الأجيال ، أسئلة تتعلق بأفضل طرق التعامل مع الأشخاص الذين ارتكبوا أعمالاً إجرامية ، ولكنهم كانوا مضطربين عند ارتكاب هذه الأعمال ، بدرجة تشير الشكوك حول مسؤوليتهم الشخصية عن أفعالهم . ومن الصعوبة بمكان أيضاً التوصل إلى قرارات حول ما إذا كان الشخص المتهم قادراً على فهم إجراءات المحكمة ، وبالتالي التعاون مع محاميه .

حُجّة الجنون The Insanity Plea

إذا ما حُكِمَ على المتهم بسلامة العقل أثناء ارتكابه للجريمة ، فسَتُضمَنُ الإدانة إما سجنه أو تغريمه أو إخضاعه للمراقبة . أما إذا اعتُبر المُتهم "مجنوناً" وقت ارتكابه الجريمة وتمت إدانته ، فسيُعتبر غير مسؤول ؛ وبالتالي يُحال إلى المعالجة بدلاً من العقاب . على أية حال ، فإن حُجّة الجنون نادراً ما تكون ناجحة ، وذلك بالرغم من المفاهيم الشائعة التي نقول بعكس ذلك (Wrightsmen et al., 1998) . فالمدعى عليه يُعتبر مسؤولاً عن فعله عادةً . وبالتالي ، فإن حجة الجنون تضع عبء إثبات الجنون على المتهم .

وفي مُعظم الولايات الأميركية ، كما هو في مقاطعة كولومبيا ، يقع عبء الإثبات على الدفاع ؛ فعلى المتهم أن يثبت أنه كان مجنوناً عند ارتكابه للاعتداء الجنائي (Ogloff, 1991) . وتجدر الملاحظة هنا أن الجنون مصطلح قانوني ، وليس طبياً أو طبياً نفسياً أو نفسياً . فالنظام القضائي يفترض أن الأشخاص يقومون باختيارات منطقية ومدروسة . وبالتالي ، فإن التصرف بصورة لا عقلانية دليل على الجنون . إلا أن الأخصائيين النفسيين في معظمهم لا يتفقون على أن السلوك العادي يكون عقلانياً دوماً . فمن شأن النظرة الحتمية للعلم ، أن تخلق مشكلات لمثل هذه الفكرة البسيطة .

الدكتور لورانس رايتسمان أستاذ في علم النفس الاجتماعي في جامعة كينساس ، وهو مختص في علم النفس القضائي . وقد ألف وجمع زهاء 40 كتاباً وأكثر من 70 مقالاً وفصولاً من كتب . وإضافة إلى كونه مؤلفاً لكتب منهجية رائدة في علم النفس القضائي ، فإن د. رايتسمان مُخرط في برنامج بحثي نشط ، يركز على عملية اتخاذ القرارات القضائية ، والمقارنة بين قرارات القاضي والمُحلفين ، وتحقيق الشريعة ، وردود فعل المُحلفين لإزاء الاعترافات . وقد نال د. رايتسمان العديد من الجوائز والتكريمات ، بما فيها جائزة العمل المميز لعام 1998 المقدمة من الجمعية الأمريكية لعلم النفس والقانون (الرابطة النفسية الأمريكية) (APA ، الشعبة 41) .

وقد قدم لنا د. رايتسمان إجابات عن عدد من أسئلتنا المتعلقة بخلفيته وتقييمه لميدان علم النفس القضائي .

■ ما الذي أثار اهتمامك ابتداءً بميدان علم النفس القضائي؟

لقد تدرّيت كأخصائي في علم النفس الاجتماعي ، وفي حوالي منتصف السبعينيات من القرن الماضي ، بدأت بإجراء أبحاث في مواضيع علم النفس والقانون (كما كان يفعل عدد من أخصائيي علم النفس الاجتماعي آنذاك) . ولطالما كنت مغرمًا بقراءة المحكمة والمُحلفين ، فهذه تلك دوماً صورتان من الحقيقة ، يتم الدفاع عنهما وتصويرهما بكل تقان عادةً ، لكن إحدهما فقط هي الحقيقة .

منذ بداية الثمانينيات حتى اليوم ، قمت بتدريس مساقات في علم النفس والقانون ، وسلوك المُحلفين ، واتخاذ القرارات لدى القضاة ، وفي مواضيع مشابهة . ومنذ حوالي 10 سنوات ، لاحظت تزايد قدوم طلبة البكالوريوس إلى مكتبي ، معبرين عن رغبتهم أن يصبحوا "أخصائيين في علم النفس القضائي" . ولقد كان هذا المصطلح يشق طريقه آنذاك نحو وعي الأفراد ، ولربما كان ذلك بشكل أساسي نتيجة لعرض فيلم سميت الحملان (Silence of the Lamps) . وفجأةً ، أصبح الشباب يريد أن يكون ضليعاً في حل الجرائم ، كما جودي فوستر في ذلك الفيلم .

بالتالي ، بدأت باكتشاف ماهية "علم النفس القضائي" . وبدأت بتدريس مساق لطلبة الدراسات العليا حول هذا الموضوع (عما يجذب 40-50 طالباً في كل مرة يتم فيها طرح المساق) ، وما يزال المصطلح غامضاً وجلبياً ، وأفضل التفكير به على أنه تطبيق للمفاهيم أو النتائج النفسية في الميدان القضائي ، إلا أن آخرين يحاولون حصره ضمن الأنشطة الإكلينيكية/الممارسة . ولقد لقيت حديثاً كتاباً حول علم النفس القضائي (Wrightsman, 2001) ، كان الأول من نوعه . لذا أفترض أنني "أخصائي في علم النفس القضائي" ، بالرغم

من أنني لست أخصائياً إكلينيكياً ، وبالتالي فلست مؤهلاً للانضمام إلى المجلس الأميركي لعلم النفس المهني ، أو مماثلها من انتسابات .

■ صف لنا ماهية الأنشطة التي تقوم بها كأخصائي في علم النفس القضائي .

إضافة إلى التدريس ، أقوم أحياناً بتقديم استشارات في إطار عمل المحاكم . فعلى سبيل المثال ، أقوم بتطبيق استبانات حول تغيير مكان المحاكمة ، إذا ادعى محامي أحد المتهمين أن الإعلام الذي يسبق المحاكمة في تلك المنطقة ، يعني أنه لا يستطيع الحصول على محاكمة عادلة . كما أنني أعمل كشاهد خبير ، خصوصاً فيما يتعلق بمدى دقة أقوال شهود العيان أو صدق اعترافات المتهمين (واعتقد أن هذه المواضيع هي التي تعكس "علم النفس القضائي" ، بالرغم من أن أسس الشهادة تأتي من ميدان علم النفس التجريبي ، لا الإكلينيكي) .

■ ما هي مجالات تخصصك الدقيق أو اهتماماتك الدقيقة؟

كما أشرت ، فإن مجال تخصصي يتعامل مع تطبيق علم النفس في المحاكم . ومؤخراً ، قمت بتحليل عدد من المذكرات الودية المقدمة من الرابطة النفسية الأميركية (APA) إلى المحكمة العليا .

■ ما هي بعض التوجهات المستقبلية التي تتوقعها لعلم النفس القضائي؟

هنالك طلبٌ متزايد حالياً من الطلبة ، يتجاوز البرامج المتوافرة . حيث أن الجامعات التي تقدم برامج تصنف علم النفس القضائي بوضوح تقل عن 10 جامعات ، كما أن بعضها حديثة جداً بحيث يصعب اعتمادها لدى الرابطة النفسية الأميركية . وهنالك جامعة واحدة مميزة في مثل هذا البرنامج ، وأتوقع أن تتبعها جامعات أخرى .

ما تزال القضية المعلقة هي : هل ينبغي أن يسعى علم النفس القضائي إلى تصنيفه كاختصاص من قبل الرابطة كما فعل علم النفس الإكلينيكي والمدرسي والإرشاد النفسي؟ إذا كان الأمر كذلك ، فهل ينبغي أن يكون ذلك بناءً على الممارسة الإكلينيكية فحسب ، أم أن هناك محالاً يتسع لعلماء النفس التجريبيين للوقوف كشاهدين خبيرين أو مستشارين؟ ما يزال علم النفس القضائي في الوقت الراهن يتنازل من أجل تحقيق ذلك .

إذن ، كيف يمكن تحديد ما إذا كان المتهم مجنوناً أم لا؟ بالرغم من اختلاف المعايير من ولاية إلى أخرى ، فينبغي أن يسود واحدٌ من ثلاثة معايير عادةً؛ أقدم هذه المعايير قاعدة مانوفتين (M'Naghten rule) الذي صدر في بريطانيا عام 1943 . وينص على أن الدفاع الناجح بحجة الجنون يجب أن يُثبت أن الشخص قد اقترف الفعل غير المشروع ، بينما هو "يعاني من خلل في التفكير أو مرض عقلي ، بحيث لا يعرف طبيعة ونوع الفعل الذي كان يقوم به ، أو ، إذا عرف ذلك ، فإنه لم يكن يعلم أن ما يفعله خطأ" .

والمعيار الثاني هو معيار ديرهام (Durham standard) (Durham v. United States, 1954) . وقد طُوّر هذا المعيار على يد القاضي دافيد برازيلتون من محكمة الاستئناف الأميركية ، إدراكاً منه

أن قاعدة مانوفتين أصبحت قديمة وبحاجة للمراجعة . وينصّ معيار ديرهام على أن "المتهم ليس مسؤولاً من الناحية الجنائية إذا كان فعله غير المشروع نتيجةً لمرض أو عجز عقلي" . على أية حال ، فقد أبدى العديد من القضاة والمحامين عدم رضاهم عن هذا المعيار الجديد ، إذ تُعطي شهادة الخبير التي يدلي بها المختصون في مجالات الصحة النفسية -في نظرهم- وزناً كبيراً في مثل هذا القرار (Constanzo, 2004) .

وبحسب المعيار الثالث ، لا يكون المدعى عليه مسؤولاً عن فعله الجنائي إذا جاء هذا الفعل نتيجةً لمرض عقلي أو اختلال ، بحيث يفقد القدرة الأساسية على تقدير البعد الجنائي للفعل أو مدى مطابقته للقانون . ويُسمى هذا بمعيار معهد القانون الأميركي (ALI Standard- of the American Law Institute) . ويُنظر إلى هذا المعيار على أنه الأكثر تحملاً أو اتساعاً بحيث يمكن إعفاء المتهم من المسؤولية الجنائية إذا ما سبّب المرض النفسي نقصاً في قدرته الأساسية على فهم ما يقوم به (عجز معرفي) أو عدم القدرة على التحكم بسلوكه (عجز إرادي) (Ogloff, 1991) .

ولقد أدت قضية هينكلي (Hinckley) الشهيرة (محاولة اغتيال الرئيس الأميركي الراحل ريچان) إلى تغيير المشهد القضائي في الولايات المتحدة . فالحكم بالبراءة بسبب الجنون أثار غضب الكثيرين ، وقد أدى الخلاف الذي نشأ حول هذه القضية إلى تغيير المعيار القانوني المتعلق بالجنون . وقد كان تأثيره الأول هو تشجيع العودة إلى قاعدة مانوفتين ، حيث يركز على العوامل المعرفية لا العوامل الإرادية . أما تأثيره الثاني فيتمثل في إقرار المحكمة العليا بدستورية الحجز الفوري واللامحدود للشخص الذي تمت تبرئته من الجرم ، نتيجةً لحاجة الجنون (Simon & Aaronson, 1988) . والتأثير الثالث هو إدخال حكم "مُذنب ، لكن مريض عقلياً" إلى الأنظمة التشريعية للدفاع في عدة ولايات ، إضافةً إلى المحكمة الفيدرالية . وأخيراً ، بدأت ولايات أخرى تضع عبء إثبات جنون المتهم على الدفاع ، بدلاً من مطالبة الادعاء بإثبات صحته العقلية (Ogloff, 1991) . وفي عدة ولايات الآن ، فإن قرار مذب ، لكن مريض عقلياً مُتاح للمحلفين ، وذلك إضافةً إلى القرارات : مُذنب ، بريء ، وغير مذب بسبب الجنون (Constanzo, 2004) . وبموجب قرار مذب لكن مريض عقلياً ، يتم إرسال الشخص الذي تمت إدانته إلى مؤسسة طبية نفسية لعلاجهِ . وإذا ما حُكم عليه في النهاية بأنه سليم عقلياً ، فإنه يُرسل إلى السجن لقضاء ما تبقى عليه من مدة الحكم .

ولإجراء تقييم حول الجنون الجنائي ، على الأخصائي النفسي أن يبيّن ما إذا كان المتهم قد عانى من اضطراب أو عجز عقلي ، وكيف كانت حالته العقلية وقت ارتكاب الجريمة المتهم بها . وأثناء ذلك ، يقوم الأخصائي النفسي بتقييم العديد من العوامل ؛ بما فيها تاريخ المدعى عليه ، وتاريخ

أسرته ، وقدراته العقلية ، والعوامل النفسية العصبية ، وكفاءته للمثول أمام المحكمة ، ومهاراته في القراءة ، وشخصيته ، وسائر مؤشرات التزييف أو التمارض (Blau, 1998) .

الكفاءة للمثول أمام المحكمة Competency to Stand Trial

بالنسبة لهذا الأمر ، تدور المسألة حول الحالة العقلية للمتهم وقت انعقاد المحكمة ، وليس وقت ارتكاب الجرم . فقد يكون المتهم مجنوناً عند ارتكاب الجريمة ، ولكنه أصبح فيما بعد مؤهلاً للمثول أمام المحكمة . والعكس ممكن أيضاً . وفي الحقيقة ، تُثار مسألة الكفاءة للمثول أمام المحكمة أكثر مما تُثار مسألة الدفاع بحجة الجنون . وقد قامت المحكمة الأميركية العليا بتعريف الكفاءة للمثول أمام المحكمة في قضية داسكي ضد الولايات المتحدة (Dusky v. United States, 1960) على أنها " . . . القدرة الراهنة الكافية للتشاور مع محامي المتهم بدرجة معقولة من الفهم المنطقي ، وما إذا كان يفهم الإجراءات المتخذة ضده بصورة منطقية ومبنية على الوقائع " . بالتالي ، وعلى النقيض من تقييم الجنون ، فتقييم الكفاءة للمثول أمام المحكمة يركز على الحالة العقلية الراهنة .

وفي الإجابة عن السؤال المتعلق بالكفاءة ، تأتي ثلاث قضايا أساسية في الطليعة (Maloney, 1985) : (أ) هل يمكن للشخص تقدير طبيعة التهم الموجهة إليه ، وهل يمكنه إعطاء تقرير واقعي حول سلوكه وقت الجريمة المزعومة؟ (ب) هل يمكنه التعاون مع المحامي بطريقة معقولة؟ (ج) هل يمكن للشخص فهم سير إجراءات المحكمة؟ وفي معظم الأحيان ، فإن تقييم العوامل المذكورة في الفقرة السابقة ينطبق هنا أيضاً .

القضايا المدنية Civil Cases

هناك العديد من القضايا المدنية التي تسترعي اهتمام أخصائيي علم النفس القضائي ، ابتداءً من النزاعات حول العلامات التجارية ، إلى قضايا تتعلق بالسلوك العنصري . على أن هناك مجالين شديدي الأهمية بالنسبة للأخصائي الإكلينيكي ، هما (أ) الإيداع في المؤسسات النفسية والخروج منها ، و(ب) القضايا العائلية ، مثل النزاع حول الوصاية على الأطفال . فلنركز على هذين المجالين كمثالين على أنشطة هذا الميدان .

الإيداع في المؤسسات النفسية Commitment to Mental Institutions

تخيل المشهد التالي . منذ زمن ليس ببعيد ، دخل رجلٌ أشعث الشعر في الثلاثين من عمره إلى أحد المطاعم ، وراح يخطب في الزبائن بينما يتجهون إلى أمين الصندوق لدفع فواتيرهم . كان حديث الرجل غير مترابط ، إلا أنه كان من الممكن التقاط بعض الألفاظ الفاحشة والإشارات إلى

الذات الإلهية التي امتلأت بها تعليقاته . وقد فعل ذلك مدة خمس دقائق ، حتى جاء المدير ورافقه إلى الباب بطريقة تخلو من الكياسة . وفي الخارج ، واصل الرجل خطبته العنيفة وهو يسير جيئةً وذهاباً أمام باب المطعم . وكان يدنو باستمرار من الزبائن محاولاً فرض نفسه عليهم وإجبارهم على الإصغاء إليه . وأخيراً ، اتصل المدير بالشرطة . وبعد استجواب بسيط ، قام أفراد الشرطة بـ "مساعدته" للدخول إلى سيارة الشرطة ، ثم إيداعه لاحقاً في قسم الطوارئ التابع لمستشفى محلي للطب النفسي .

يتكرر مثل هذا المشهد وغيره من المشاهد ذات الصلة آلاف المرات يوماً بعد يوم ، في أنحاء الولايات المتحدة الأميركية . وبعد إجراء الفحص (وعلى نحو سريع أحياناً) ، قد يُحتجز الفرد دون إرادته لساعات أو أيام ، وفقاً لقوانين الولاية . ولكن في بعض الولايات ، فحتى الاحتجاز الطارئ يتطلب الموافقة المسبقة من القضاء .

ويُشار إلى الإيداع في المستشفيات دون موافقة الفرد بالإيداع القسري (*involuntary commitment*) . وقد انتقد بعض الكتاب أمثال زاس (Szasz, 1970) الإيداع القسري بحدة باعتباره سلطة خطيرة ، غالباً ما يُساء استخدامها من قبل الأطباء النفسيين وغيرهم ، حيث تُمارس باستمرار للسيطرة على أولئك الذين لا يمثلون لبعض الإملاءات الاجتماعية . وتتراوح مدة الإيداع القسري المسموح بها عادةً من يوم واحد إلى 3 أسابيع ، أو وفقاً لما تراه السلطة القضائية مناسباً . بعد ذلك ، يتم عقد جلسة استماع لتقرير ما إذا كانت هناك حاجة لاستمرارية الاحتجاز ، أم لا .

وفي الإيداع الطوعي (*voluntary commitment*) ، يوافق الفرد على الإدخال ، ويمكنه أن يخرج في أي وقت يشاء . وتطلب بعض المستشفيات من المريض في هذه الحالة توقيع نموذج ينص على أن خروجه "يعارض التوصيات الطبية" . بينما تتطلب مستشفيات أخرى أن يعلن المريض عن رغبته بالمغادرة قبل عدة أيام مقدماً ، مما يتيح للمستشفى إتمام إجراءات الإيداع إذا ما اعتُقد بأن المريض يشكل خطراً على نفسه أو على الآخرين ، أو أنه مضطرب إلى درجة لا يكون فيها مسؤولاً عن أفعاله . هذا ، وينبغي الانتباه إلى أن الإيداع "الطوعي" لا يكون عادةً بالطوعية التي قد تظهر للوهلة الأولى . ففي معظم الأحيان ، يأتي الإيداع نتيجة لضغوط شديدة من الأقارب أو الأصدقاء أو الشرطة أو السلطة القضائية ، أو فريق العاملين في مجال الصحة النفسية نفسه .

ولكي تقوم المحكمة بإيداع شخص ما ، يجب عقد جلسة استماع لتحديد ما إذا كان الشخص يلبي المحكّات أو الشروط الواردة في القانون ، وما إذا كانت المعالجة ذات فائدة أو جدوى ، أم لا . وفي معظم الأحيان ، فإن هذه المحكّات تنطبق على الشخص الذي (أ) يعدّ خطراً على نفسه أو على

الآخرين ، أو (ب) يُعتبر شديد الاضطراب أو العجز ، بحيث لا يكون قادراً على اتخاذ القرارات المسؤولة المتعلقة بعنايته بذاته ، أو إيداعه في المستشفى ، أو (ج) يحتاج إلى العلاج أو الرعاية في المستشفى . وهناك محكٌ إضافي ، وهو عدم وجود بديل متاح أو مناسب ، بحيث يكون أقل تقييداً (عدا الإيداع في المستشفى) . ولكن فوق ذلك كله ، يجب البتّ بأن الشخص مريضٌ نفسياً بالفعل .

عموماً ، يمكن لأي شخص أن يلتمس من المحكمة الموافقة على فحص امرئٍ يُعتقد أنه بحاجة إلى الإيداع في المستشفى . وعادةً ما يكون مقدم هذا الالتماس أحد أفراد أسرته أو أصدقائه ، أو من أفراد الشرطة أحياناً أو العاملين في الشؤون الاجتماعية أحياناً . وإذا ما وافقت المحكمة على ذلك ، يتم إصدار أمر بإجراء فحص مُختص للشخص بناءً على ملاحظة الشخص من قبل أخصائيين ، وليس بناءً على أقوال الآخرين فحسب . والأمر التي تتم ملاحظتها هي : المظهر العام أو الهندام ، وضوح التفكير ، وجود هذات أو هلوسات ، مدى فهم الشخص للشكوى ، تعاطي المخدرات أو الكحول ، الوضع المهني ، الذكاء ، وجود تاريخ سابق من المشكلات العقلية أو الجنائية ، وأية عوامل أسرية أو عائلية (Schwartzgebel & Schwartzgebel, 1980) .

القضايا العائلية Domestic Issues

هنالك العديد من القضايا العائلية التي تحتاج إلى تدخل المحكمة هذه الأيام . فقضايا الوصاية على الأطفال ، ملاءمة الوالدين ، حق الزيارة ، الإساءة إلى الأطفال ، سوء التصرف لدى الأحداث ، والتبني ؛ كلها ليست سوى أمثلة قليلة على مثل هذه القضايا . وكمثالٍ عليها ، سنناقش قضية الوصاية على الأطفال .

فلأن الطلاق أصبح شائعاً جداً في السنوات الأخيرة في المجتمع الغربي ، من الطبيعي أن تزداد قضايا الوصاية على الأطفال . وبما يُعقد هذه المسألة أيضاً حقيقة التغير الذي طرأ على الأدوار الزوجية ومعاييرها . إذ يتولى الآباء مسؤوليات العناية بالأطفال بشكل متزايد ، بينما أصبح من الشائع أن تعمل الأمهات خارج المنزل . هذه الأمور وغيرها تجعل من المسائل المتعلقة بالوصاية أكثر تعقيداً من ذي قبل .

واليوم ، يأخذ مبدأ "مصلحة الطفل" الأولوية دائماً في نزاعات الوصاية . وفي محاولة لصياغة أفضل المعايير هنا ، فقد وُضع قانون مينشيپان للوصاية على الأطفال لعام 1970 (Michigan Child Custody Act, 1970) العوامل التالية ، والمُعتمدة عادةً في المحاكم للتوصل إلى الأحكام المتعلقة بالوصاية :

- 1 . الحب والمودة وغيرها من الروابط العاطفية ما بين الطرفين المتنازعين والطفل .
 - 2 . قدرة الطرفين المتنازعين ورغبتهما بمنح الطفل الحب والمودة ، والتوجيه ومواصلة التعليم ، والتنشئة في إطار دينه أو عقيدته إن وجدت .
 - 3 . قدرة الطرفين المتنازعين ورغبتهما بتوفير المأكل والملبس والرعاية الطبية للطفل ، أو غيرها من أشكال الرعاية العلاجية المعترف بها والمسموحة قانونياً في الولاية ، في ظل الاحتياجات الرعاية الطبية أو غيرها من الاحتياجات المادية .
 - 4 . المدة التي قضاها الطفل في بيئة مستقرة ومُرضية ، والرغبة بالبقاء أو الاستمرار فيها .
 - 5 . الثبات والاستمرار كأسرة واحدة ، سواء في المنزل الوصائي الحالي أو المقترح .
 - 6 . الكفاءة الأخلاقية للطرفين المتنازعين .
 - 7 . السجلات المنزلية والمدرسية والمجتمعية للطفل .
 - 8 . الصحة النفسية والجسمية للطرفين المتنازعين .
 - 9 . رأي الطفل فيما يفضلّه ، إذا ما رأت المحكمة أن الطفل في عمر ملائم للتعبير عن تفضيله لأيهما .
 - 10 . أية عوامل أخرى ترى المحكمة أنها ذات صلة بالنزاع حول الوصاية على الطفل .
- وبالرغم من أن أبناء المطلقين كانوا يوضعون تحت وصاية الأب تلقائياً قبل 150 عاماً ، وتحت وصاية الأم دائماً تقريباً قبل 50 عاماً ، فإن مثل هذه القرارات الفورية لم تعد قائمة اليوم . فالمعيار الحالي الآن هو الوصاية المشتركة ، والذي يعتمد على الاعتقاد بأن الطفل يجب أن يظل على صلة بكلا الوالدين . وفي الحقيقة ، فإن العديد من حالات الطلاق تتوج بقرارات الوصاية المشتركة غير الرسمية بين المطلقين ؛ ونادراً ما يتم إصدار حكم رسمي بها من قبل المحكمة . وعندما تقوم المحكمة فعلاً بإصدار أمر رسمي بالوصاية المشتركة ، فإن هذا يعني عادةً أن خلافاً ما قد نشأ بين الطرفين المتنازعين . على أية حال ، في النتيجة النهائية ، فإن الطريقة الوحيدة التي ينم فيها الاستمرار بالوصاية المشتركة حقيقةً ، هي عند وضع كلا الطرفين لحقده وغضبه تجاه الطرف الآخر جانباً ، والعمل بانسجام وإحساس وفق مصلحة الطفل .
- ومع ذلك ، فإن الوصاية المشتركة قد لا تكون دوماً في مصلحة الطفل ، وبالتحديد ، قد لا يُنصح بالوصاية المشتركة في المواقف التي تكون فيها علاقة الوالدين مشحونة بالعواطف ومتصارعة (Wrightsmann, 1998) . وفي هذه الحالات ، يجب منح الوصاية القانونية لأحد الوالدين ، بينما تُمنح حقوق الزيارة للوالد الآخر (Wrightsmann, 1998) .

وعند إجراء تقييم الوصاية على الطفل ، يجب أن يتذكر الأخصائي النفسي أن العنصر الحاسم هنا هو ذلك النظام من العلاقات السابقة والحالية والمستقبلية بين الوالدين والطفل ، وأقارب آخرين أحياناً . وينبغي أن يأخذ تقييم الوصاية باعتباره عدة مصادر للمعلومات ، بحيث يمكن تناول ثلاث مسائل أساسية بالدراسة : (American Psychological Association, 1994) (أ) نمو الطفل واحتياجاته النفسية ، (ب) نقاط قوة كلا الوالدين وضعفه ، و(ج) طريقة تفاعل كل فرد في الأسرة مع الآخر .

إن الهدف النهائي هو اتخاذ القرار الذي يحقق مصلحة الطفل بالدرجة الأولى . أما المسائل الأخرى ، مثل التغيير في ترتيبات الوصاية أو حقوق الزيارة التي تم الاتفاق عليها سابقاً ، فإنها تتبع المبدأ العام نفسه .

حقوق المرضى Rights of Patients

أصبحت حقوق المرضى المقيمين في المستشفيات النفسية تحظى بالمزيد من التدقيق والاهتمام القضائي . فمع بدايات السبعينيات من القرن العشرين ، أقرت المحاكم أن للمرضى الذين يتم إيداعهم قسرياً في المستشفيات حقاً دستورياً بالحصول على المعالجة الفردية التي تتيح لهم فرصة واقعية لـ "الشفاء" ، أو التحسن على الأقل (Schwartzgebel & Schwartzgebel, 1980) والجدير بالملاحظة أن اهتمام المحاكم بحقوق المرضى الطوعيين كان أقل ؛ وذلك على اعتبار أن بإمكانهم مغادرة المستشفى إذا ما اختاروا ذلك .

وهناك حقوق ومعايير أخرى إضافية ، تتضمن البيئة المادية (قاعات الجلوس النهارية ، المراحيض ، قاعات الطعام . . . إلخ) ، والملابس الشخصية ، والأنشطة الشخصية (مثل فرص التمرين ، أو فرص التنزه خارج المستشفى ، أو الأنشطة الاجتماعية) . إضافة إلى ذلك ، يُمنع العمل الإجباري ، أما عند العمل الطوعي ، فيجب دفع الأجرة المناسبة . وبالرغم من أن العديد من الولايات تدرك حقوق المرضى في المراسلة والزيارة ، فإن طواقم العاملين في المؤسسات عادةً ما تكون متحفظة في تحكمها بالزيارات (باستثناء المحامين أو الأطباء النفسيين أو رجال الدين) . كما نصت التشريعات أيضاً على حماية كرامة المريض وخصوصيته . ولكن هذه الحقوق تتعرض أثناء الممارسة إلى كثير من التفسير والحذر . وكما لاحظنا سابقاً ، فإن القوانين وأوامر المحكمة شيء ، بينما تطبيقها الفعلي شيء آخر .

ومن القضايا الجدلالية الشائكة هنا ، مسألة حق المريض في رفض المعالجة أو الدواء (Wrightsman et al., 1998) . والسؤال هنا يتعلق بالموافقة المسبقة . فليس كل مريض يتم إيداعه بصورة قسرية غير كفء عقلياً ، وهؤلاء المرضى لهم الحق في تقرير مصيرهم الخاص . ولكن ماذا عن

المرضى غير الأكفيا؟ كيف يحمي المرء حقوق الشخص الكفء بينما يضمن في الوقت ذاته أن المريض غير الكفء يمكن أن ينتفع من فوائد العلاج؟ إن هذه مشكلات معقدة حقاً كما يشير التوضيح 19-2 .

التنبؤ بالخطر Predicting Dangerousness

وكما رأينا في الفصل الثالث ، فقد نجم عن الحكم في قضية تاراسوف في إحدى محاكم كاليفورنيا قرارٌ يقضي بأن من واجب المعالج حماية الأفراد المعرضين للخطر ، والمستهدفين بالسلوك العدواني من قبل مرضاه . وما عدا ذلك ، فالعديد يتفقون على أننا جميعاً ملزمون - قانونياً أو أخلاقياً - بحماية الآخرين من أولئك الذين يُعتقد بأنهم يشكلون خطراً . ولكن ما مدى الدقة في إمكانية التنبؤ بالسلوك الخطر ، سواءً من قبل الأخصائي النفسي أو أي شخص آخر؟ بالرغم من أن تاريخ العنف أكثر شيوعاً بين أولئك المشخصين بالاضطرابات النفسية (وخصوصاً اضطرابات تعاطي المخدرات) ، إلا أن 90% من المشخصين بالأمراض النفسية ليس لهم أي تاريخ من العنف (Monahan, 1992) وفي الواقع ، فإن الحماية الحقيقية من أولئك الأفراد الخطرين هي أن نستخدم شبكة كبيرة جداً ، يمكنها أن تصطاد أعداداً كبيرة من الأفراد الذين لن يرتكبوا أبداً أفعال عنيفة (Ogloff, 1998).

هناك مبالغة في التنبؤ بأفعال العنف ؛ حيث أن نسبة كبيرة من الأشخاص الذين يُتنبأ لهم بالعنف ، لا يفعلون ذلك (Monahan, 1981) . ولكن يبدو أن الكثير من الأشخاص على استعداد للتضحية بالعديدين من أجل حماية المجتمع من شخص واحد . وبلا شك ، هنالك الكثير من الأسباب التي تجعل الناس يرون خطراً محققاً ، غير موجود حقيقةً (Monahan, 1976) . ولكن من الأمور التي يحتمل أن يكون لها بالغ الأثر تلك البرامج التلفازية والقصص الإخبارية ، التي تبين كيف أن أحد المرضى العقليين قد أطلق سراحه ليعود ويرتكب جريمة قتل أو إساءة جنسية لأحد الأطفال ، أو يتصرف بطريقة أخرى تجعل عامة الناس يتساءلون حول كفاءة (أو منطق) الطبيب النفسي أو الأخصائي النفسي الذي اتخذ قراراً بتسريحه . وكل ذلك يقودنا إلى خلاصة مفادها أن التنبؤ بالخطر أمر غاية في الصعوبة . وبالرغم من حقيقة أننا جميعاً قد نرتكب أفعالاً خطيرة في ظل ظروف أو شروط معينة ، إلا أن الحقيقة تبقى بأنه ما لم يتصرف الشخص بطريقة خطيرة سابقاً ، فإن القدرة على التنبؤ الدقيق بمثل هذا السلوك تكون محدودة إلى حد كبير .

وبالرغم من صعوبة القيام بمثل هذه التنبؤات ، إلا أن التقييم النفسي الذي يتم لهذا الغرض قد يشكل أوسع فئات التقييم المطلوبة من الأخصائي الإكلينيكي من قبل القضاء الجنائي

(Blau, 1998). ويمكن أن تتراوح التقييمات من التنبؤ بالعنف الجنسي والإساءة إلى الأطفال والعنف في مكان العمل ، إلى التنبؤ بالانتحار أو القتل . وتستخدم هذه التقييمات لاتخاذ العديد من القرارات ، والتي تتراوح من الاعتقال دون كفالة ، إلى منع تخويل متهم مقيم في المستشفى بتسريح للخروج من أجل العمل ، إلى التماس خيارات خاصة ببدائل للأحكام القضائية فيما يتعلق بالمعتدين ، وهذه مجرد عينة بسيطة ، على سبيل المثال لا الحصر . وكما ذكر رايتسمان وزملاؤه (Wrightsman et al., 1998) ، فإن الأبحاث تشير إلى رجحان الأنواع التالية من التنبؤ بسلوك العنف من حيث الدقة :

- 1 . التنبؤ بالمستقبل القريب وقصير الأمد .
 - 2 . التنبؤ بالمواقف أو الظروف نفسها ، التي يكون لدى الأخصائي الإكلينيكي معلومات تاريخية حولها .
 - 3 . التنبؤ المبني على معرفة الأخصائي الإكلينيكي بتاريخ السلوك العنيف للفرد .
 - 4 . التنبؤ المتعلق بأفراد من مجموعات تتزايد نسب ارتكابها للسلوك العنيف .
- وأخيراً ، فمن الجدير بالملاحظة أن الجدل المتعلق بالتنبؤات الإكلينيكية مقابل التنبؤات الإحصائية الذي ناقشناه في الفصل العاشر ، ينطبق أيضاً على المسألة المتعلقة بأفضل الطرق للتنبؤ بالخطر . ويعتقد كوانسي وزملاؤه (Quinsey, Harris, Rice, & Cormier, 1999) بوجوب استبدال الطرق الإحصائية بالطرق الإكلينيكية للتنبؤ بالعنف (أي التنبؤات المبنية على الانطباعات الإكلينيكية) . ولكن لينواك (Litwack, 2001) يردّ على ذلك بقوله بعدم وجود أدلة تجريبية كافية -حتى اليوم- تشير بشكل واضح إلى تفوق التنبؤات الإحصائية على الإكلينيكية في توقع الخطر . إضافةً إلى ذلك ، فهو يزعم أن التنبؤ بالخطر يختلف تماماً عن مهام التنبؤ الأخرى التي يقوم بها الأخصائي النفسي ، حيث أن التنبؤات الإحصائية هنا قد لا تكون ذات نفع كبير .

هذا لا يعني أن جهود البحث الرامية إلى تحسين التنبؤ الإحصائي بالخطر تعدّ عقيمة ، وينبغي التوقف عن إجرائها . بل هنالك حاجة لمزيد من البحث على نطاق واسع في ميدان علم النفس القضائي ، وذلك نظراً لدورها الكبير في مجال وضع السياسات العامة ، ناهيك عن خدمتها للقيم الإنسانية . ولا بد من الإشارة أخيراً إلى أن هناك جهوداً حديثة تكشف عن نتائج مشجعة في هذا المجال (e.g., Steadman et al., 1998; Constanzo, 2004) .

جدالات قانونية : الأدوية الإجبارية

قبل حوالي 15 عاماً ، أثارت قضية بيرري ضد ولاية لويزيانا (Perry v. Louisiana, 1990) مسألة ما إذا كانت السلطات الرسمية في الولاية قد أعطت قسراً أدوية نفسية لأحد المرضى المقيمين إلى حد الموت ، واعتباره كقوة لتقرير مصيره الخاص . الأمر الذي يقشعر له البدن ، إلا أنه يشير سؤلاً واقعياً .

من الذي عليه أن يقرر ما إذا كان ينبغي إعطاء نزلاء السجن أدوية مضادة للذهان رغم إرادتهم؟ لقد تمت مناقشة هذا السؤال أمام المحكمة الأميركية العليا . وفي قضية واشنطن ضد هاربر (1990) ، حكمت المحكمة العليا بأن السجن الذي يعاني من مرض نفسي لا يمكن أن يعالج دون موافقته ، إلا إذا كان هنالك اتفاق مختص على أن عدم تناول الدواء قد يشكل خطراً . على أية حال ، حكمت المحكمة العليا حديثاً بإمكانية علاج المرء إجبارياً ، بغرض جعله ملائماً للمثول أمام المحكمة (سيل ضد الولايات المتحدة) .

لدى طبيب الأسنان تشارلز سيل تاريخ طويل من المرض النفسي ، بما في ذلك عدة ثوبات من الذهان . وفي شهر أيار 1997 ، اتهم بالاحتيال على شركة تأمين . وفي ذلك الحين ، اعتبر "عبر كفاء حالياً" ، إلا أن القاضي الفيدرالي لاحظ أن سيل قد يعاني من نوبة ذهانية مستقبلاً . أطلق سراح سيل بكفالة ، وفي بدايات عام 1998 ، رفعت عليه قضية محاولته تهديد أحد الشهود ، وتبع ذلك جلسة لإلغاء الكفالة . وفي هذه الجلسة ، كان سلوك سيل غير منطقي وغريباً ومهتدداً جسدياً . إضافة إلى ذلك ، قدم طبيب نفسي تقريراً قال فيه إن سيل يعاني من الذهان ، وإن حالته ازدادت سوءاً . تم إلغاء كفالة سيل . وفي عام 1998 ، تم اتهام سيل أيضاً بمحاولة قتل عميل فيدرالي كان قد اعتقله ، إضافة إلى محاولة قتل زميل له ، كان من المحتمل أن يشهد في قضية الاحتيال المربوطة ضده . وفي بدايات عام 1999 ، طلب سيل من القاضي اعتباره كفتاً للمثول أمام المحكمة . وبناءً على تقييم طبي نفسي في السجن الفيدرالي ، وجد القاضي أن سيل غير كفء للمثول أمام المحكمة . وقد أوصى الفريق الطبي بإعطاء سيل دواءً مضاداً للذهان . إلا أنه رفض ذلك ، وعندها سعى الفريق الطبي لطلب الإذن بعلاج سيل رغمًا عنه .

والمسألة الأساسية التي يعالجها قرار سيل ضد الولايات المتحدة هي ما إذا كان العلاج الإجباري قد انتهك الحقوق الدستورية لسيل ، أم لا . لقد عقدت المحكمة الأميركية العليا جلسة حكمت فيها بإمكانية علاج سيل إجبارياً ، بهدف إعادة كفاءته للمثول أمام المحكمة . إضافة إلى ذلك ، فقد وضعت المحكمة الحكومات التالية للقرارات المستقبلية المتعلقة بهذه المسألة :

- 1 . في مثل هذه الحالات ، يجب أن تُرثج مصلحة الحكومة على مصلحة الفرد في البقاء دون علاج .
- 2 . أن لا يوجد أي أسلوب آخر لتحقيق هذا الهدف .
- 3 . يجب أن يكون العلاج مناسباً من الناحية الطبية (كاحتمال أن يعيد العلاج الكفاءة للمتهم ، أو أن تكون فوائده راحة على احتمالات خطورته ، وأن يحقق أفضل نفع طبي للمتهم) .

في حالة السجناء ، فإن الحقوق التي تنص عليها القوانين المتعلقة بالعلاج النفسي أو إعادة التأهيل ما تزال في تغير مستمر إلى حد ما (Schwartzgebel & Schwartzgebel, 1980) مثل هؤلاء الأشخاص لهم الحق في المعالجة الطبية ، كما أن للسجناء من الأحداث عموماً حقهم في الحصول على كل من المعالجة النفسية والطبية . وعند الاعتراف بحق السجناء الراشدين في العلاج النفسي ، فعادةً ما يكون ذلك موجهاً للأفراد الذين يعانون من اضطراب نفسي شديد . على أن بعض الخبراء يترددون في تأييد منح السجناء حقوق العلاج ؛ لأنهم يعتقدون أن السجن والحرمان يأتي أحياناً تحت مُسمى "العلاج" أو "تعديل السلوك" .

وللأفراد حقهم في رفض العلاج النفسي . وفي مثل هذه الحالات ، يجب أن تبدي الولاية اهتماماً كبيراً يتجاوز رفض السجناء تلقي العلاج . وبسبب عدم وضوح حقوق الإنسان واحتمالات انتهاكها ، فإن العديد من مؤسسات الإصلاح تضم اليوم لجناً لحماية حقوق المرضى . وغالبية هذه اللجان عادةً تتشكل من أعضاء غير المنتسبين إلى المؤسسة الإصلاحية .

على أية حال ، هناك مضامين أوسع للمعالجة القضائية . ففي الحالات الجنائية ، قد يركز العلاج على إعادة شخص غير كفء إلى حالة من الكفاءة العقلية ، أو قد يُوظف العلاج بهدف تقديم الدعم العاطفي لشخص يواجه الحكم بالسجن . وبالنسبة لحالات الاعتداء الجنائي ، فغالباً ما يكون التركيز منصباً على مشكلات الشخصية ، والسلوك الجنسي ، والعدوانية . وقد يتم العلاج النفسي أحياناً أثناء وجود الشخص في السجن ، ولكن في أحيان أخرى يُقدم له العلاج الخارجي ، كشرط لإطلاق سراحه أو كفترة اختبار . وتضم أشكال العلاج النفسي المستخدمة كلاً من العلاج الفردي والجمعي ، كما تتضمن كل شيء من أساليب الاستبصار والدعم ، إلى التقنيات السلوكية والتغذية الحيوية الراجعة والمناحي المعرفية . ولعل إحدى المشكلات الأساسية التي تواجه أخصائي علم النفس القضائي هي معرفته بأن شهادته قد تكون مطلوبة لاحقاً في المحكمة . فما تريده المحكمة ، وما يسمح به محامي المريض ، وما هو الأفضل له ، وما يراه الإكلينيكي من أمور ، جميعها مسائل قد تتعارض فتؤدي إلى العديد من المشكلات . وفي قضايا الوصاية على الأطفال مثلاً ، فإن مشكلات العلاج والنزاع بين الوالدين والطفل قد تكون صعبة ومثيرة للمشاعر بشكل خاص ؛ وقد تؤدي إلى مُعضلات مهنية حقيقية . فعلى سبيل المثال ، ولمساعدة طفل ما بأفضل طريقة ، يجب أن يخضع الوالدان أنفسهما للعلاج النفسي ، ولكن قد يرفض أحدهما أو كلاهما ذلك أحياناً .

وتعد الاستشارة من النشاطات الشائعة الأخرى التي يقوم بها أخصائي علم النفس القضائي . بالطبع ، فإن العديد من الأنشطة التي ناقشناها سابقاً تتضمن شكلاً أو آخر من أشكال الاستشارة . وسوف نركز في الجزء التالي على جوانب أخرى منها .

اختيار المحلفين Jury Selection

قد يعمل المستشار النفسي مع المحامين في عملية اختيار المحلفين (Constanzo, 2004; Wrightsman, 2001) . ويشير المصطلح القانوني المشاهدة والنطق (*voir dire*) إلى ذلك الجزء من المحاكمة الذي تتم فيه مناقشة المحلفين . في هذه المرحلة ، تُتاح للمحامين فرصة الكشف عن أي تحيز لدى المحلفين المرشحين ، أو الحصول على المعلومات لتحديات الاختيار النهائي (*peremptory challenges*) (مجموعة محددة من التحديات التي تتيح لكل طرف في المحاكمة أن يستبعد المحلفين الذين يُعتقد أنهم قد يتحيزون لأحد الطرفين) ، أو التقرب من المحلفين أو حثهم على مشاطرة رأي أحد الطرفين ، أو التأثير على المحلفين بحيث يتقبلون ما يعرضه المحامي حول القضية . والهدف من كل هذا هو أن يحاول كل من المحامين أن تكون له الأفضلية على الآخر . كما يعمل المستشار النفسي مع المحامين لمساعدتهم على تحقيق أفضل أشكال اختيار المحلفين أو إقصائهم . ويلخص الجدول 19-3 أهداف الاستشارة النفسية المتعلقة بالمحلفين ، وأساليبها .

محلفو الظل Jury Shadowing

ومحلفو الظل شكل آخر من أشكال الاستشارة . وهنا ، يقوم المستشار بتعيين محلفين مُناظرين (أفراد مشابهون لأولئك الذين يعملون كمحلفين) ، ثم يراقب ردود فعلهم إزاء الشهادة أثناء حدوثها في المحكمة . وبهذه الطريقة ، يمكن للمستشار والمحامين أن يتوقعوا ردود فعل المحلفين الحقيقيين وانطباعاتهم ، والتحضير لاستراتيجية أفضل في قاعة المحكمة .

الجدول 19-3 أهداف وأساليب الاستشارة النفسية المتعلقة بالمحلفين

| الأساليب | الأهداف | مرحلة الاستشارة |
|---|--|---|
| <p>المساعدة في تخطيط الجلسات مع المحامين .</p> <p>المراجعة الإعلامية ، مقابلة الموكل ، ملاحظة إجراءات المحكمة .</p> <p>إذا كانت هناك ضرورة ، يتم تطوير استبيانات للمحلفين أو قوائم للتقرير الذاتي ، أو تمثيل محكمة افتراضية ، أو إجراء مقابلات مع مخبرين رئيسيين .</p> <p>تحليل البيانات التي تم جمعها من الخطوات المبينة أعلاه ، ووضع فرضية حول اختيار المحلفين ، بحيث تتوافق مع طرح المحامي .</p> | <p>التعرف على كل ما يتعلق بالقضية .</p> <p>تعريف المحامين بالإسهامات التي يمكن أن تقدمها الاستشارة .</p> <p>تطوير الأدوات والمقاييس .</p> <p>وضع فرضية مسبقة حول اختيار المحلفين .</p> | <p>المرحلة 1 : التحضير للمشاهدة والنطق</p> |
| <p>تقديم إقادات الخبير وشهادته حول : تغيير الأماكن ، إجراء المشاهدة والنطق بصورة فردية ومنعزلة ومن قبل المحامي ، نظام الهجوم مقابل "أثناء الحديث" ، وتحدي التألق .</p> <p>التحضير لموضوعات المشاهدة والنطق ، وتدريب المحامين على تقنيات المقابلة .</p> | <p>بناء المشاهدة والنطق بطريقة تحسن فرص الكشف عن تحيز المحلف ، والتعرف على ما لديه من أحكام مسبقة .</p> <p>تحسين مهارات المشاهدة والنطق لدى المحامي .</p> | <p>المرحلة 2 : تحسين ظروف المشاهدة والنطق</p> |
| <p>تبادل المعلومات قبل إجراء المحاكمة ، والمتعلقة بملاحظة استجابات الأفراد الذين تم استدعاؤهم كمحلفين .</p> <p>تطوير مقياس تقديري ، يساعد على التعرف على المحلفين ، لحسم الاختيار النهائي المتعلق بخبرة المحلف وذكائه وعاطفته وتأثيره الاجتماعي .</p> | <p>تطوير نظرية نهائية حول اختيار المحلف .</p> <p>وضع المحلف ضمن هيئة المحلفين ، وفق قرينه من العميل ومن طرح المحامي إلى أقصى حد ممكن .</p> | <p>المرحلة 3 : استبعاد المحلف</p> |

المصدر : Psychological Consultation in the Courtroom (1986). M. T. Nietzel & R. C. Dillehay, p.24, Pergamon Press .

لقد استُخدمت استبانات الرأي العام بطرق متعددة عبر السنين . ففي قضايا العلامات التجارية مثلاً ، يمكن للمحامي تكليف مُستشار نفسي بتحديد مدى معرفة الناس باسم شركة ما أو الشعار الذي تحمله . والمسوحات هي إحدى وسائل القيام بذلك . وفي قضايا أخرى ، يمكن إجراء مسح لأراء عينة ممثلة من الأشخاص الذين يقطنون في المنطقة الجغرافية نفسها التي سيتم إجراء المحاكمة فيها ، وذلك لسؤالهم عن رأيهم حول قضية معينة ، وحول الوسائل والأساليب التي يخطط لها المحامي . فمن ناحية ، يتيح هذا المسح للمحامي الاختيار المسبق لأهم المسائل في المحاكمة ، ويشحذ أسلوبه المفترض في عرض الأدلة . وهناك استخدام آخر للمسوحات ، يتمثل في تحديد إمكانية اتخاذ إجراءات لتغيير مكان انعقاد المحاكمة . وهنا يمكن الكشف عن اتجاهات الرأي العام حول المحاكمة ، وحول المُتهم خصوصاً ، للمساعدة على إقناع المحكمة بتغيير المكان ، والمساعدة في عملية اختيار المحلفين أيضاً (Nietzel & Dillehay, 1986) .

إعداد الشهود Witness Preparation

من غير الأخلاقي للمستشار أن يعمل مع أحد الشهود بأية طريقة تشجعه على تحريف حقائق شهادته . وبالرغم من أن الخيط الفاصل رفيع جداً ، فإن فكرة إعداد الشاهد تقوم على مساعدة الشهود للإدلاء بشهادتهم بطريقة أفضل ، ودون تغيير الحقائق التي تتجه نحوها شهاداتهم . ولأن هذه المسألة حساسة جداً ، فإن بعض المحامين لا يعملون مع الشهود في إجراءات القضايا الجنائية ، بل في القضايا المدنية فقط . ولقد ناقش نيتزل وديلهائي (Nietzel & Dillehay, 1986) العديد من أوجه إعداد الشاهد ، بما فيها طريقة عرض الحقائق ، والمشاعر المرافقة من قبل الشاهد ، والتحضير لخبرة الشهادة في المحاكمة بحد ذاتها ، واستجواب الخصم ، والمظهر العام ، وما يمكن أن يشكّله مُحامي الخصم من تهديد لمصداقية الشاهد . على أية حال ، ما تزال هناك "منطقة رمادية" كبيرة ما بين تقديم المساعدة المناسبة للشاهد ، وتشجيع الشاهد المحتمل على تغيير شهادته (Wrightsmann, 2001) .

إقناع لجنة المحلفين Convincing the Jury

أخيراً ، يمكن للمستشارين مساعدة المحامين عادةً في طريقة عرضهم لقضاياهم وأدلتهم (ضمن الحدود المسموحة في النظام القضائي) للمحلفين . ويمكن لهم أيضاً مساعدة المحامين في التنبؤ بطريقة استجابة المحلفين لأنواع معينة من الأدلة أو أساليب العرض ، خصوصاً في المرافعات

الافتتاحية أو الختامية . بالتالي فإن مُعتقدات المحلّفين ومشاعرهم وسلوكياتهم هي المستهدفة هنا . كما يمكن للمستشارين مُساعدة المحامين في إيجاد أفضل الطرق لعرض قضاياهم .

البحث وعلم النفس القضائي Research and Forensic Psychology

في الواقع ، فإن جميع أبحاث علم النفس تقريباً لها صلتها بالفضايا الجنائية . فالأبحاث المتعلقة بالمكونات الجينية للفصام مثلاً ، قد تكون مهمة جداً في جلسة استماع تتعلق بالكفاءة العقلية . وطبيعة التعصّب أو العناصر الأساسية لعمليات الإقناع مهمة بالنسبة للمُحامي ، كما هي بالنسبة لأخصائي علم النفس الاجتماعي . وقد تكون للأبحاث المتعلقة بالمُسْتَهْلِك تطبيقاتها المباشرة في قضية تتعلق بالمسؤولية القانونية حول مُنتج معين . ومُؤخراً ، طُبِّقَت الأبحاث المتعلقة بعمليات العزو والعلاقات بين-شخصية على القرائين المتعلقة بعمليات البحث عن المطلوبين ، وإيجاد المضبوطات (Kagehiro, 1990) . على أية حال ، هناك عدة مجالات من البحث التي أصبحت ذات صلة بعلم النفس القضائي ، وقد اخترنا مثالين منهما كعينةٍ نعرضها للقارئ .

شهادة العيان Eyewitness Testimony

لا شيء يمكن أن يشكل خطراً أو ضرراً أكثر من شاهد عيان يقوم بالتعرّف على شخص متهم بالجرime . ولطالما كانت شهادات عيان كهذه عاملاً قوياً وحاسماً في إدانة أعداد لا تُحصى من الأفراد عبر السنين (Cutler & Penrod, 1995) . ولكن مثل هذه الشهادات كثيراً ما أدانت أشخاصاً بريئين أيضاً ، مثلما أدانت مذبّنين (Walls & Olson, 2003) . والسبب ببساطة هو أن أقوال شاهد العيان غالباً ما تكون غير موثوقة وغير دقيقة . ومن الأمثلة على ذلك قضية حدثت عام 1979 في ويلمنجتون بولاية ديلاوير . حيث تمت محاكمة قسيس كاثوليكي لأن مواطناً أخبر الشرطة أن القسيس يشبه إلى حد كبير أحد اللصوص في صورة وضعها رسامٌ جنائي ، وقامت الشرطة بتوزيعها . لاحقاً ، تعرّف سبعة شهود عيان على القسيس على أنه اللص . ولكن المحاكمة أوقفت عندما اعترف شخص آخر بالجرime . ما الذي حدث مع هؤلاء الشهود؟ من الواضح أن الشرطة كانت قد صرّحت بأن اللص ربما يكون قسيساً ، وذلك قبل عرض الصور على الشهود . وكانت صورة القسيس هي الوحيدة التي يرتدي فيها الرجل ياقة القسيسين!

وعلى مر السنين ، أجرت لوفتوس (Loftus) وزملاؤها عدداً من التجارب التي يظهر من خلالها إمكانية تشويه ذاكرة شاهد العيان بسهولة بالمعلومات اللاحقة . على سبيل المثال ، في تجربة للوفتوس وميلر وبيرنر (Loftus, Miller, & Burns, 1978) ، تم عرض مجموعة من السلايدات الملونة لحادث سيارة على المفحوصين . وقد تم عرض السلايدات بحيث تكون فيها إشارة "قف" لنصف

المفحوصين ، والنصف الثاني شاهدوا إشارة منتج ما . بعد ذلك ، أجاب المفحوصون عن أسئلة تتعلق بالسلائدات . والسؤال الخامس الذي تم طرحه هو ما إذا كانت هنالك إشارة معينة موجودة (سواء إشارة قف ، أو المنتج) . بالنسبة لنصف المفحوصين ، كانت الإشارة التي تم السؤال عنها مطابقة لما شاهدوه سابقاً ، أما بالنسبة للنصف الآخر فلم تكن كذلك . في وقت لاحق أيضاً ، عُرض على المفحوصين 15 سلايداً ، وطلب منهم اختيار السلايد الذي شاهدوه سابقاً . ومن المثير للاهتمام أن الأشخاص الذين كانت إجاباتهم على سؤال الإشارة مطابقة للواقع ، اختاروا البطاقات الصحيحة في 75% من المرات ، أما أولئك الذين كانت أجوبتهم غير مطابقة للواقع فقد اختاروا السلايدات الصحيحة في 41% من المرات فقط .

من الواضح أن الأشخاص غالباً ما يصلون إلى استدلالاتهم بناءً على توقعاتهم . وكما أشارت لوفتوس (Loftus, 1979) أيضاً ، فغالباً ما يتم استجواب شهود العيان الذين شهدوا حادثاً أو جريمة ما قبل المحاكمة . وأثناء الاستجواب ، يمكن بسهولة أن تُقال أشياء بحيث يتم تحريف ذاكرة الشاهد من خلالها . وهنا يأتي دور أخصائي علم النفس القضائي ، للمساعدة في التعرف على تلك الظروف أو الحالات التي يمكن أن تؤدي إلى تحريف الشهادة الحكم في قضية ما .

لقد علمتنا الخبرة أنه غالباً ما يتعذر الاتفاق ما بين شهود العيان حول الأحداث . فهم يختلفون في وصفهم لطول الشخص المطلوب ووزنه ولونه وملابسه ، بل وحتى أصله العرقي . وكان باكهوت (Buckhout, 1975) قد قدم توضيحاً درامياً لهذه الحقيقة البديهية ، حين اعتلى منصة عرض كجزء من برنامج تلفزيوني . وقد رأى مشاهدو التلفاز عملية انتشار محفظة على المسرح لمدة 12 ثانية . ثم بعد ذلك ، رأى المشاهدون الشرطة تعرض طابوراً من 6 أفراد مشتبه بهم ، وأخبر المشاهدون أن النشال قد يكون بينهم . وقد أتيح للمشاهدين الاتصال لتقديم أحكامهم . فما الذي حدث؟ اتصل أكثر من 2000 مشاهد ، وكان 1800 منهم على خطأ! بالطبع ، فإن ما سبق ذكره لا يعني أن شهود العيان لا يكونون مصيبين أبداً ، بل يشير إلى وجوب التريث في قبول الادعاءات وتمحيصها بشكل دقيق وناقد . وعلى أقل تقدير ، يمكن للنظام القضائي أن يُحسن من إجراءاته في التعرف على المتهمين (Loftus, 1983; Wells, 1995) . فعوامل الإدراك ، ومستويات الضغط النفسي ، وتخزين المعلومات ، وإجراءات التعرف ، وحتى عمليات الدمج اللاشعورية ، كلها بحاجة إلى مزيد من الدراسة (Horowitz & Willging, 1984) . كما أن الخبرات السابقة وعمليات الإشراف ، إضافة إلى التحيزات الشخصية والصور النمطية ، مهمة أيضاً في هذا السياق (Buckhout, 1980) .

واستجابة للقلق من الأخطاء التي يمكن أن يرتكبها الشهود في التعرف على المتهمين ، تم تعيين لجنة فرعية من قبل الجمعية الأميركية لعلم النفس والقانون (الشعبة 41 التابعة للرابطة النفسية

الأميركية - APA) من أجل مراجعة الأدلة العلمية في هذا المجال ، ووضع التوصيات المتعلقة به (Wells et al., 1998) . وباختصار ، فقد وضعت اللجنة الفرعية التوصيات التالية :

■ يجب ألا يكون الشخص الذي يقوم بصف طابور المتهمين أو عرض الصور عارفاً بهوية المشتبه به .

■ يجب إخبار شهود العيان أن المتهم قد يكون أو لا يكون موجوداً في طابور المتهمين أو في مجموعة الصور ، ويجب ألا يعرف الشخص الذي يقوم بوضع الطابور أو عرض الصور أي الأشخاص هو المتهم (إن وجد) .

■ لا ينبغي أن يبرز المتهم (من حيث المظهر أو اللباس) في الطابور أو مجموعة الصور ، بحيث يكون مختلفاً عن الآخرين .

■ ينبغي تقييم ثقة شاهد العيان في التعرف على المتهم بمجرد تعرفه عليه ، وقبل تقديم أية تغذية راجعة له .

وبهذه الطريقة ، من المؤمل أن تقل أخطاء الشهود في التعرف على المتهمين (Wells et al., 1998) .

سلوك المحلفين Jury Behavior

كلما زاد فهمنا للعوامل المؤثرة على طريقة تفكير المحلفين وتوصلهم إلى القرارات ، أصبح النظام القضائي أفضل من ذي قبل . ولقد أجريت أبحاث كثيرة حول كيفية تفسير المحلفين للأدلة وفهمهم لها ومعالجتهم للمعلومات ، وكيفية استجابتهم للتعليمات الصادرة عن هيئة الحكم ، وردود أفعالهم إزاء أنواع معينة من الجدل أو النقاش (Kassin & Wrightsman, 1988; Wrightsman et al., 1998) . فلنلق نظرة على عدد من الأمثلة .

كثيراً ما يختار المحلفون بتعليمات القاضي ، أو يرتبون إزاءها . وقد عدّل سيفثيرانس ولوفتوس (Severance & Loftus, 1982) نمط التعليمات المقدمة للمحلفين . حيث قاما بكتابة التعليمات بصيغة نشطة وفعالة بدلاً من الصيغة السلبية ، وجعلوا العبارات قصيرة وموجزة . إضافةً إلى ذلك ، فقد قدما تفصيلاً أكبر للأفكار المجردة ، مثل "الشك المعقول" . وكانت النتيجة أن تطبيق المحلفين للقانون أصبح أكثر دقة ، مقارنةً بما يكون عليه الأمر عادةً .

ويمكن مجرد شرط بسيط - كالترتيب الذي يتلو فيه القاضي التعليمات - أن يؤثر على المحلفين . فعلى سبيل المثال ، استخدم كاسين ورايتسمان (Kassin & Wrightsman, 1979) محلفين غير حقيقيين ، كانوا قد شاهدوا تسجيلاً محاكمة . ووجدوا أن إعلام المحلفين بمتطلبات الإثبات قبل

تقديم الأدلة بدلاً من إعلامهم بذلك بعد تقديمها ، له آثاره الحاسمة . ففي الوضع الأول ، كان المخلفون أكثر تمسكاً أو التزاماً بافتراض البراءة مقارنةً بالمخلفين في الوضع الثاني .

كما أن هنالك العديد من الشروط التي قد تؤدي إلى تحيز في قرارات المخلفين . فعلى سبيل المثال ، قد يكون الفرد متهماً بعدة قضايا جرمية . وأحياناً تتجمع هذه القضايا في اتهام واحد ، وفي أحيان أخرى يحاكم المتهم على هذه الجرائم منفصلةً ؛ كل جريمة على حدة . وقد اكتشف جريرن ولوفتوس (Green & Loftus, 1981) أنه عندما تُجمع الدعاوى في قضية واحدة ، فإن المخلفين يميلون إلى إصدار أحكام أكثر قسوةً ، مقارنةً بتقديم الدعاوى منفصلة .

وقد أجري الكثير من الأبحاث حول سلوك المخلفين من خلال تكوين جماعات تجريبية مشابهة لهيئات المخلفين . إذ لم تُدرس هيئات حقيقية في مواقف حقيقية حتى الآن ، وعوضاً عن ذلك ، يتم وضع المفحوصين في وضع أقرب ما يكون إلى وضع المخلفين ، لدراسة سلوكهم . وقد وُجد أن المخلفين غير الحقيقيين (التجريبيين) الذين تعرضوا لعملية المشاهدة والنطق ، كانوا أقل إصداراً للأحكام المسبقة مقارنةً بالمخلفين الذين لم يبرأوا مثل هذه الخبرة (Padawer-Singer & Barton, 1975) . كما أن الدعاية الإعلامية التي تسبق المحاكمة من شأنها أن تصبغ فهم أولئك المخلفين غير الحقيقيين أنفسهم للقضية . كما وجد جارسيا وجريفيت (Garcia & Griffitt, 1978) أن أقوال الشاهد "المحبب" كان لها أثر أكبر لدى المخلفين غير الحقيقيين مقارنةً بأقوال الشاهد "غير المحبب" . بالطبع ، فمشكلة الدراسات التناظرية للمخلفين هي عدم وضوح مدى ما يمكن تعميمه منها على المخلفين الحقيقيين (Kassin & Wrightsman, 1988) . إلا أن الدراسات التناظرية تقدم أسلوباً مرناً ، يتيح للباحثين ممارسة سيطرة أكبر على مختلف الشروط والمتغيرات .

ملخص الفصل Chapter Summary

يُعنى علم النفس القضائي بتطبيق الأساليب والنظريات والمفاهيم النفسية في المجال القضائي . وبالرغم من أن هيوغو فون منستيربيرج يزعم في كتابه الذي صدر عام 1908 ، أن علم النفس لديه الكثير ليقدمه للنظام القضائي ، إلا أنه لم يترك سوى تأثير بسيط حتى خمسينيات القرن العشرين . أما اليوم ، فتأثير علم النفس القضائي وانتشاره واضح جداً ، كما ظهرت العديد من الدوريات والكتب العلمية وبرامج الدراسات العليا المتخصصة في هذا المجال . ومع ذلك ، ما يزال أخصائيو علم النفس القضائي يتعرضون للنقد القاسي .

في هذا الفصل ، ناقشنا ثمانية من نشاطات أخصائي علم النفس القضائي . فهو قد يعمل كشاهد خبير ، أو كمستشار في القضايا الجنائية والمدنية . كما أنه قد يُستدعى لتمثيل حقوق المرضى المقيمين في المستشفى ، أو تقييم أحدهم ، والتنبؤ فيما إذا كان يشكل خطراً على نفسه أو على الآخرين . كذلك يعمل أخصائي علم النفس القضائي كمستشار في اختيار المحلفين وإعداد الشهود . ثم أخيراً ، قد يقوم بإجراء أبحاث حول مسائل مهمة ، مثل شهادة العيان ، وسلوك المحلفين .

المصطلحات:

- معيار معهد القانون الأميركي (ALI standard) : المعيار الأكثر تحملاً في تحديد حالة "الجنون" لدى المتهم . ويقضي بأن المتهم لا يُعتبر مسؤولاً عن فعل غير مشروع ، إذا كان هذا الفعل ناجماً عن مرض عقلي أو عجز ، بحيث يقلل من قدرته إما على فهم مدى جرمية عمله (عجز معرفي) أو على الامتثال للقانون (عجز إرادي) .
- عبء الإثبات (burden of proof) : الالتزام ببيان حقيقة ادعاء ما في المحكمة . وفي حالة حجة "الجنون" ، يكون عبء الإثبات على الدفاع عادةً .
- الكفاءة للمثول أمام المحكمة (competency to stand trial) : الحالة العقلية للمتهم وقت انعقاد المحكمة . ولكي يُعتبر المرء كفواً ، يجب إثبات أنه قادر على تقدير طبيعة الاتهامات الموجهة إليه ، وتقديم تقارير سليمة حول سلوكه في الوقت الذي تم فيه الاعتداء المزعوم ، وأنه يفهم بشكل أساسي إجراءات المحكمة وسيرها ، وقادر على التعاون مع محاميه .
- معيار ديرهام (Durham Standard) : تم تطوير هذا المعيار القانوني للجنون على يد القاضي دافيد برازيلتون من محكمة الاستئناف الأميركية . وينص معيار ديرهام على أن "المتهم ليس مسؤولاً جنائياً إذا كان فعله غير المشروع ناتجاً عن اضطراب نفسي أو عجز عقلي" .
- الشاهد الخبير (expert witness) : الشخص الذي يتم استدعاؤه بحكم مهنته أو تدريبه أو خبرته ، لمساعدة المحكمة على فهم الأدلة وتقييمها ، أو تقديم آرائه واستدلالاته المتعلقة بقضية من القضايا .
- شهادة العيان (eyewitness testimony) : الشهادة التي يقدمها شخص رأى جزءاً من حدث ما ، أو الحدث بأكمله (كجريمة أو حادث) . وعادةً ما تكون شهادة العيان غير دقيقة وغير ثابتة ، ومشوهة بفعل المعلومات اللاحقة . وأحد الأدوار التي يقوم بها أخصائي علم النفس القضائي ، هو تقديم المساعدة في التعرف على تلك الشروط والحالات التي قد تؤدي إلى تشويه الشهادة في قضية ما .

■ علم النفس القضائي (forensic psychology) : تخصص فرعي في علم النفس ، يركز على تطبيق المفاهيم والأساليب النفسية في الإجابة عن التساؤلات أو المشكلات التي تظهر في إطار النظام القضائي . وقد يُستدعى أخصائي علم النفس القضائي من أجل تقديم خبراته فيما يتعلق بقضايا مثل الوصاية على الأطفال واختيار المحلفين والتنقيب بالخطر . . . إلخ .

■ حجة الجنون (insanity plea) : التأكيد على أن متهماً بجريمة ما لم يكن "عاقلاً" أو منطقياً عند حدوث الجريمة المزعومة . وإذا كانت الحجة مقنعة ، يُعتبر الفرد غير مسؤول عن أفعاله ، ويُحال إلى العلاج بدلاً من إنزال العقوبة به .

■ الإيداع القسري (involuntary commitment) : الإيداع في المستشفى الذي يتم رغماً عن الشخص .

■ الوصاية المشتركة (joint custody) : ترتيبٌ يشترك فيه كلا الوالدين بالوصاية على طفلهما بعد الطلاق . والعديد من ترتيبات "الوصاية المشتركة" تتم بشكل غير رسمي بين الوالدين ؛ أما أوامر المحكمة الرسمية بالوصاية ، فلا تتم عادةً إلا في الحالات التي لا يستطيع فيها الطرفان التوصل إلى اتفاق مُرضٍ وحدهما .

■ اختيار المحلفين (jury selection) : العملية التي يقوم فيها محاميا الادعاء والدفاع باختيار المحلفين في قضية من القضايا بين مجموعة كبيرة من المحلفين المحتملين . ويمكن استشارة أخصائي علم النفس القضائي لمساعدة المحامين في عملية الاختيار هذه (مثل استنباط نظرية في اختيار المحلفين ، وتحسين مهارات المشاهدة والنطق لدى المحامين) .

■ هيئة محلفي الظل (jury shadowing) : عملية تعيين أفرادٍ مشابهين لأولئك الذين يعملون في هيئة المحلفين ، ومراقبة ردود فعلهم إزاء الشهادة أثناء حدوثها في المحكمة . وتُستخدم ردود فعل محلفي الظل في توقع ردود فعل المحلفين الحقيقيين ، وقد تُستخدم كأساس لتغيير استراتيجية المحاكمة .

■ قاعدة مانوفتين (M'Naghten rule) : أقدم معيار في تحديد جنون المتهم أو المدعى عليه . وتنص هذه القاعدة على أن الدفاع يجب أن يُثبت أن المتهم عند ارتكاب الفعل غير المشروع كان يعاني من قصور في التفكير بسبب "مرض عقلي" بحيث لا يقدر ما كان يفعله ، أو لم يكن يعي أنه خطأ .

■ تحديات الاختيار النهائي (peremptory challenges) : مجموعة محددة من التحديات التي تتيح لكل طرف (الادعاء والدفاع) أن يستبعد المحلفين الذين يُعتقد أنهم قد يتحيزون لأحد الطرفين أثناء مرحلة المشاهدة والنطق .

■ المشاهدة والنطق (voir dire) : مُصطلح قانوني يشير إلى جزء من المحاكمة يتم فيه إقصاء أحد المحلفين أو اختياره .

- الإيداع الطوعي (voluntary commitment) : الحالة التي يوافق فيها شخصٌ ما على دخول المستشفى النفسي ، ويُسمح له بالخروج في أي وقت .
- إعداد الشاهد (witness preparation) : مساعدة الشهود للإدلاء بشهادتهم بطريقة أكثر فعالية دون تغيير الحقائق التي تتجه نحوها شهاداتهم . وقد يُستشار أخصائي علم النفس القضائي للمساعدة في كثيرٍ من أوجه إعداد الشاهد (مثل التحضير لخبرة الشهادة في المحكمة بحد ذاتها ، تقديم التوصيات المتعلقة بمظهره ، طريقة عرض الحقائق ... إلخ) .

الفصل العشرين

علم نفس الاطفال الطبي والاكلينيكي

Pediatric and Clinical Child Psychology

- 1- ما هي أوجه الشبه والاختلاف بين علم نفس الأطفال الطبي وعلم نفس الأطفال الإكلينيكي؟
- 2- ما هو الفرق الأساسي بين تقديم الخدمات النفسية للأطفال أو المراهقين ، وتقديمها للبالغين؟
- 3- ما هي أساليب التقييم الرئيسية في علم نفس الأطفال الطبي وعلم نفس الأطفال الإكلينيكي؟
- 4- ما هي أشكال التدخل الأساسية المستخدمة في علاج الأطفال والمراهقين؟ وما هي الأدلة المتوافرة حول فعالية هذه المعالجات؟
- 5- ما هي التوجهات المستقبلية المشتركة بين علمي نفس الأطفال الطبي والإكلينيكي؟

محتويات الفصل:

- التعريفات ، التاريخ ، والمنظورات .
- الأنشطة الأساسية .
- التدريب .
- مستقبل علمي نفس الأطفال الطبي والإكلينيكي .
- ملخص الفصل .

يُقدَّر أن حوالي 14 مليون طفل ومراهق في الولايات المتحدة الأميركية وحدها يعانون من اضطرابات نفسية ، وبحاجة إلى خدمات الصحة النفسية (Kazdin, 2003) . فلسنوات طويلة ، لم تُلبَّ احتياجات الصحة النفسية للأطفال والمراهقين بشكل كافٍ . ولسوء الحظ ، يبدو أن هذا التقصير من الأرجح أن يستمر (Culbertson, 1993) . وتشير التصورات المتعلقة بالتغيرات الديموغرافية للولايات المتحدة للأعمار ما بين 1990 و 2025 إلى أنه بالرغم من توقع انخفاض نسبة النمو السكاني الكلية لبعض الجماعات (كالأميركيين من أصل أوروبي) ، فمن المتوقع أن تزداد هذه النسبة بشكل درامي لدى الجماعات الأقل حظاً فيما يتعلق بالخدمات الصحية (مثل الأطفال والمراهقين من الأميركيين ذوي الأصل الأفريقي أو اللاتيني) (Lewit & Baker, 1994) . وهناك فرعان متداخلان من فروع علم النفس الإكلينيكي بتصديان لهذه الاحتياجات ، وهما علم نفس الأطفال الطبي ، وعلم نفس الأطفال الإكلينيكي .

التعريفات، التاريخ، والمنظورات

Definitions, History, & Perspectives

وقبل أن نتطرق إلى مظاهر هذين الفرعين المختصين بالأطفال ، علينا أولاً أن نناقش عدداً من خصائص علمي نفس الأطفال الطبي والإكلينيكي .

التعريفات Definitions

إن التمييز بين عمل أخصائي علم نفس الأطفال الطبي وأخصائي علم نفس الأطفال الإكلينيكي ، عملية مُبْهَمة وضبابية في أفضل أحوالها . على أية حال ، فإن التوجّه السائد في علم نفس الأطفال الإكلينيكي عبر السنين هو العمل مع الأطفال والمراهقين لحظة تطور أعراض المرض النفسي لديهم . وعادةً ما يتم هذا العمل في العيادات الخاصة أو العيادات الخارجية ، وضمن إطار عمل الفريق التقليدي ، الذي يتكون من الأخصائي النفسي ، والطبيب النفسي ، وأخصائي الخدمة الاجتماعية ، ويمكن التعاون أحياناً مع أطباء الأطفال .

وبالمقابل ، يوصف علم نفس الأطفال الطبي (أو علم نفس الأطفال الصحي ، كما يُسمى عادةً) على أنه علم نفس الأطفال الإكلينيكي الذي تتم ممارسته في المجال الطبي ، بما في ذلك الممارسة في المستشفيات ، أو عيادات النمو ، أو الممارسات الطبية الجماعية (Routh, 1988) . وعادةً ما يتدخل أخصائي علم نفس الأطفال الطبي قبل تطور المرض النفسي (أو في بدايات الاضطراب على

الأقل)، وعادةً ما تتم إحالة المرضى إليه من قبل أطباء الأطفال (Pruitt & Elliott, 1992). وقد جاء التعريف التالي لهذا الميدان في الصفحة الأولى من مجلة علم نفس الأطفال الطبي (Journal of Pediatric Psychology):

علم نفس الأطفال الطبي مجالٌ متعدد التخصصات، يُعنى بالوظائف الجسمية والمعرفية والاجتماعية والانفعالية وتطورها، وفق ارتباطها بمسائل الصحة والمرض لدى الأطفال والمراهقين والأسر... (وتشمل ميادين الدراسة المتخصصة) العوامل النفسية الاجتماعية والنمائية التي تساهم في نشوء الحالة المرضية، وتطورها، ومعالجتها، والنتائج التي تتبعها، وكذلك تقييم وعلاج السلوكيات والانفعالات المصاحبة للعلّة والمرض والاضطراب النمائي، ودور علم النفس في مختلف مواقع الرعاية الصحية، والجوانب السلوكية لطب الأطفال، وتوطيد السلوكيات الصحية والسلوكيات ذات العلاقة بالصحة، والوقاية من الأمراض والإصابات لدى الأطفال والشباب، وسائر القضايا المرتبطة بتدريب أخصائي علم نفس الأطفال الطبي.

وبالرغم من التداخل الكبير، إلا أن الاستفتاءات التي أجريت مع أخصائي علمي نفس الأطفال الطبي والإكلينيكي تكشف عن عدة فروق بينهما (See e.g., Kaufman, Holden, & Walker, 1989; Mullins, Hartman, Chaney, Balderson, & Hoff, 2003). أولاً، هناك زيادة في عدد أخصائي علم نفس الأطفال الطبي الذين يتصفون بالتوجه المعرفي-السلوكي، مع ميل لاستخدام استراتيجيات للتدخل المباشر وقصير الأمد. بالمقابل، نجد أخصائي علم نفس الأطفال الإكلينيكي أكثر تنوعاً في توجهاتهم النظرية (حيث تكون التوجهات السيكودينامية والتوجهات نحو الأسرة/النظم أكثر شيوعاً بين المختصين في علم نفس الأطفال الإكلينيكي). ثانياً، يميل أخصائيو علم نفس الأطفال الطبي إلى التركيز بشكل أكبر على المسائل الطبية والبيولوجية في توجهاتهم المتعلقة بالتدريب والبحث وتقديم الخدمات. ومن الخصائص المميزة لهم اهتمامهم بعلم النفس الصحي والطب السلوكي (انظر الفصل السابع عشر)، إضافةً إلى استشاراتهم مع أطباء الأطفال. أما المختصون في علم نفس الأطفال الإكلينيكي، فيميلون إلى التركيز أكثر على التدريب في مجالات التقييم، وعمليات النمو، والعلاج الأسري. وأخيراً فإن أخصائي علم نفس الأطفال الطبي أكثر قابلية للعمل في الأماكن الطبية والأكاديمية.

وفي ضوء زيادة أهمية علم نفس الأطفال الطبي في القرن الحادي والعشرين بالنسبة لأخصائي علم النفس الإكلينيكي، فسيتركز نقاشنا في هذا الفصل على هذا التخصص النامي. وقبل استعراض الأنشطة الرئيسية لأخصائي علم نفس الأطفال الطبي والإكلينيكي، من المهم أن

نشير باختصار إلى تاريخ هذين التخصصين ، وأن نقاش المنظورات التطورية التي يتبناها المختصون فيهما .

التاريخ History

يعود تاريخ علم نفس الأطفال الإكلينيكي إلى عام 1896 على الأقل ، وذلك حين حفز ويتمر (Witmer) بداية ظهور مهنة علم النفس الإكلينيكي بإنشائه أول عيادة نفسية . وكما ذكرنا في الفصل الثاني ، كانت هذه العيادة مكرّسة للعمل مع الأطفال الذين يعانون من صعوبات في التعلم ، أو الذين كانوا يشاغبون في الصف .

ويمكن تأريخ الدراسة العلمية للأمراض النفسية لدى الأطفال ببدايات القرن العشرين . ولزمن طويل ، لم يكن هناك إدراك لوجود اختلاف كبير بين الأطفال والراشدين من حيث احتياجاتهم وقدراتهم ، فقد كان يُنظر إليهم كراشدين مُصغّرين . على أية حال ، مع نهايات القرن التاسع عشر وبدايات القرن العشرين ، ظهرت عدة تطورات دفعت نحو زيادة التركيز على الأطفال (Ollendick & Hersen, 1998) . وتشمل هذه التطورات التعرف على التخلفين عقلياً ورعايتهم ، وتطوّر اختبارات الذكاء ، وصياغة نظرية التحليل النفسي والنظرية السلوكية ، وظهور حركة دراسة الأطفال ، وإنشاء العيادات الإرشادية للأطفال .

وحتى تصنيف اضطرابات الطفولة ، تغير إلى حد كبير ، خصوصاً في السنوات الثلاثين سنة الأخيرة . فكلا الدليلين التشخيصيين الأول والثاني (DSM-I, DSM-II) اعتبر مشكلات الطفولة امتداداً لمشكلات الراشدين . ولكن بدءاً من الدليل التشخيصي الثالث (DSM-III) واستمراراً إلى الدليل التشخيصي الرابع المُعدّل (DSM-IV-TR) ، أصبح لدينا الآن تصنيفات تشخيصية خاصة بالأطفال . حيث يوجد في الوقت الحالي حوالي 43 تشخيصاً محدداً ضمن 10 مجمرعات (American Psychiatric Association, 2000) . وسيكون لدينا المزيد لنصيفه حول مسائل التصنيف التشخيصي لاحقاً في هذا الفصل .

وقد توجت التوجهات الأنفة الذكر بما يُعرف الآن بعلم نفس الأطفال الإكلينيكي . وفي الحقيقة ، فإن هذا المجال ينتجه بشكل أساسي نحو تقييم العديد من المشكلات ومعالجتها والوقاية منها .



الدكتورة كلاين-ترول أخصائية في علم نفس الأطفال الإكلينيكي ، وتعمل بدوام كامل في عيادة خارجية . وهي أستاذة مشاركة في علم النفس الإكلينيكي بجامعة ميسوري . وقد أجابت عن عدد من الأسئلة التي طرحناها حول خلفيتها واهتماماتها وأنشطتها .

■ صفي لنا خلفيتك واهتماماتك الإكلينيكية؟

لقد حصلت على درجتي الماجستير والدكتوراة من برنامج علم النفس الإكلينيكي في جامعة كنتاكي بمدينة ليكسينجتون . وقد كانت فترة إقامتي قبل الدكتوراة في مركز لدراسات الأطفال ، تابع لكلية الطب بجامعة بيل في نيو هيثين بولاية كونيتيكت . وقبل التحاقني بكلية الدراسات العليا ، عملت خمسة فصول صيفية في مخيم للأطفال المضطربين انفعالياً ، ثم في منزل جماعي للمراهقات . كما عملت عاماً ونصف العام في مكتب لجنوح الأحداث في روشستر بنيويورك ، وذلك في برنامج لتفسير سلوكيات المراهقين الذين لم يُصنّفوا بعد على أنهم جانحون . وقد وجدت كلتا الوظائف مثيرتين للتحدى والاهتمام ، وعرفت أنني أريد إتمام دراستي كي أفهم القضايا التي كنت أتعامل معها بشكل أفضل . وأثناء دراستي العليا ، حصلت على عدة وظائف رائعة وتدريب ممتاز مع الراشدين والأطفال والمراهقين ، في عدة مؤسسات في منطقة ليكسينجتون . وكان تدريبي في بيل قد حصل خبرتي بشكل ممتاز بالفعل ! حيث ساعدني على توسيع اهتماماتي في العمل مع الأطفال والمراهقين وأسرتهم ، ومنحني عدداً من الأماكن المثيرة للاهتمام للقيام بذلك .

■ ما نوع الخدمات التي تقدمينها؟ ولماذا؟

أعمل حالياً مديرة لقسم خدمات الطفل والأسرة في عيادة الخدمات النفسية بجامعة ميسوري . تتبع هذه العيادة برنامج تدريب الدراسات العليا في علم النفس الإكلينيكي . وأتعامل مع حالات الأطفال والمراهقين والراشدين ، وأشرف على طلبة الدراسات العليا في عملهم الإكلينيكي .

■ ما هي الأمور التي تستمتعين بها أكثر من غيرها في عملك الإكلينيكي؟

أنا سعيدة لأنني حصلت على تدريب إكلينيكي واسع ، فأنا أحب المرونة في العمل مع مجموعات مختلفة من الأعمار والقضايا . فإذا عملت مع الأطفال ، عليك أن تعمل مع والديهم وأسرتهم ، وأن تكون مستعداً للتعامل مع القضايا الخاصة بهم أيضاً . وأرى أنه من الرائع رؤية كيف تتداخل الأجزاء المنفصلة معاً لتشكل صورة واحدة . ومحاولة تقديم المساعدة لهم كي يقوموا بترجيها بالطريقة الممكنة .

■ ما هي أكبر التحديات التي واجهتها كممارسة؟

بالرغم من وجود عدد من التحديات التي يمكن الاختيار من بينها ، فإن أبرزها بالنسبة لي في الوقت الحالي هي نقص مصادر الصحة النفسية في بعض المجتمعات . إنني أعيش في منطقة فيها مستوى جيد من الخدمات ، لكنها محدودة بالنسبة لعدد الأسر التي تعاني من الأزمات . وكما هو الحال في ولايات أخرى ، فإن ميسوري تواجه انخفاضاً في مخصصات الصحة النفسية . وفي الواقع ، هنالك الكثير مما لا يمكن لمعالج واحد أن يقوم به خلال ساعة واحدة في الأسبوع ، ومع أفراد يرتكبون سلوكيات عالية الخطورة ومدمرة للذات ، ولا يوجد سوى القليل من الشبكات الأمنية للوصول إليهم . وهذه بالتحديد مشكلة تخص المراهقين ، الذين سيُخبرك أباؤهم الثانويون بذلك ، ما إن يبدووا بالبحث عن أماكن أكاديمية أو علاجية جديدة ، أعني أن أرى مزيداً من البرامج المبتكرة المتاحة بالفعل للأشخاص الذين هم بحاجة لها .

■ هل تُخبرك الأبحاث بما عليك فعله؟ وإذا كان الأمر كذلك ، كيف قمت بتغيير ممارستك لتكون أكثر فعالية لعملائك؟

كوني أعمل في موقع أكاديمي ، فأنا محظوظة لأنني محاطة بمختصين ذوي توجهات تجريبية ، يعملون على مسائل مفصلية وقضايا علاجية ، كما أن طلبة الدراسات العليا الذين أعمل معهم يحفرونني دائماً . فقد قاموا أكثر من مرة بتمرير أنظمة علاجية مثيرة لي ، وقد أفدت كثيراً بالفعل من الطبيعة التعاونية لعملائنا معاً . كما أنني حضرت عدداً من ورشات العمل وحلقات البحث التي زودتني بمعلومات لا تقدر بثمن ، بالنسبة لعملي مع الشرائح السكانية المختلفة . وبالطبع ، فإن القراءة لا تنتهي مع انتهاء الدراسة العليا ، وأنا أسعى دائماً للبحث عن مواد وأشرطة وكتب مفيدة وحديثة ، وعن غيرها من الأمور التي يمكنني تمريرها لعملائي .

لقد تطور تخصص علم نفس الأطفال الطبي عندما أصبح من الواضح أنه لا يمكن لأي من طب الأطفال أو علم نفس الأطفال الإكلينيكي وحده التعامل مع جميع المشكلات التي تظهر أثناء الطفولة (Roberts, 1986) . فالعديد من "الأطفال الأصحاء" الذين يزورون أطباء الأطفال ، لا يكونون في الحقيقة بحاجة إلى التدخل الطبي ، بل هم بحاجة إلى الدعم والإرشاد فحسب . وعادةً ما تشمل المسائل التي غالباً ما تكون موضع اهتمام أخصائيي علم نفس الأطفال : تربية الطفل ، مشكلات إدارة السلوك ، أو الأسئلة المتعلقة بالأداء المدرسي . وعندما تعكس هذه المشكلات نواح نفسية وسلوكية ، ترافق الأمراض الجسمية أو العجز أو الإجراءات الطبية ، فإن أخصائي علم نفس الأطفال الطبي يكون الأقرب من حيث الخبرة مقارنةً بأخصائي علم نفس الأطفال الإكلينيكي . وبين الجدول 1-20 مختلف الحالات التي يتعامل معها أخصائي علم نفس الأطفال الطبي .

الجدول 20-1 أمثلة على المشكلات الشائعة التي يتعامل معها أخصائي علم نفس الأطفال الطبي

| المشكلات | أمثلة |
|-------------------------------|---|
| سلوكيات سلبية | ثورات الغضب ، البكاء . |
| الذهاب إلى الحمام | سلس البول ، التدريب على استخدام المرحاض . |
| تأخر النمو | الكلام ، النشاط الزائد . |
| المدرسة | القراءة ، كره المدرسة . |
| النوم | الكوابيس ، مقاومة مواعيد النوم . |
| الشخصية | ضعف السيطرة على الذات ، السرقة . |
| الأخوة/الأنداد | لا أصدقاء ، الشجار . |
| الطلاق ، الانفصال ، التبني | مواعيد الزيارة ، الوصاية . |
| التعامل مع الرضّع | الإرضاع ، المغص . |
| المشكلات الأسرية | الانضباط ، الإساءة إلى الطفل . |
| المشكلات المرتبطة بالجنس | ضعف الهوية ، لا أصدقاء من الجنس نفسه . |
| الطعام/الأكل | التأفف وعدم الرضى عن الطعام ، السمنة . |
| مخاوف محددة | الكلاب ، الشاحنات . |
| عادات سيئة خاصة | مص الأصبع ، اللزمات العصبية . |
| المصدر : Roberts, 1986, p. 20 | |

وبحلول عام 1966 ، كان هناك حوالي 300 أخصائي نفسي ، يعملون في مواقع خاصة بطب الأطفال في الولايات المتحدة (Routh, 1988) . وفي الوقت نفسه تقريباً ، أدرك رايت (Wright, 1967) أن "الزواج" بين طب الأطفال وعلم النفس يستدعي تخصصاً جديداً : علم نفس الأطفال الطبي . وبعد ذلك بوقت قصير ، تم تأسيس جمعية علم نفس الأطفال الطبي (Society of Pediatric Psychology) . والتي تضم الآن أكثر من 1200 عضو ، وفي عام 1999 أصبحت الجمعية شعبةً رسمية (الشعبة 54) تتبع الرابطة النفسية الأميركية (APA) .

يدرك أولئك الذين يعملون مع الأطفال والمراهقين أهمية وجهة النظر النمائية . فمن منظور نمائي ، تنجم المشكلات النفسية عند الأطفال والمراهقين عن انحراف في ناحية أو أكثر من نواحي النمو (معرفية أو بيولوجية أو جسدية أو انفعالية أو سلوكية أو اجتماعية) عند المقارنة بأندادهم من العمر نفسه (Mash & Wolfe, 2002) . على أية حال ، فمن المهم أن ندرك في الوقت ذاته أن (أ) النمو عملية نشطة ودينامية ، ومن الأفضل تقييمها عبر الزمن ، (ب) المشكلات النمائية المتشابهة قد تؤدي إلى نتائج (اضطرابات إكلينيكية) مختلفة ، (ج) المشكلات النمائية المختلفة قد تؤدي إلى نتائج متشابهة ، (د) يمكن لعمليات النمو والإخفاقات أن تتفاعل معاً ، و(هـ) عمليات النمو والبيئة هما في حالة اعتماد متبادل ؛ إذ يؤثر كل منهما على الآخر بحيث لا يمكن النظر إلى أيهما بشكل منفصل (أي بمعزل عن الأخرى) (Mash & Wolfe, 2002) . وبين الشكل 1-20 نظرة عامة لمراحل النمو ، وأمثلة على الإنجازات المعتادة ، والمشكلات والاضطرابات النفسية المرتبطة بكل مرحلة نمائية .

ويتجاوز أخصائي علمي نفس الأطفال الطبي والإكلينيكي تلك النظرة إلى الأطفال والمراهقين على أنهم مجرد راشدين مُصغَّرين . وبدلاً من ذلك ، نجد أنهم يقومون بتقييم الأطفال والمراهقين ومعالجتهم ، ضمن إطار التحديات النمائية والبيئية التي يواجهونها . إذ يجب علينا أن نأخذ باعتبارنا عمر الطفل ، ومرحلته النمائية عبر مختلف وظائفه (المعرفية والانفعالية والاجتماعية) ، وأسرته ووضعه الاجتماعي ، وذلك أثناء محاولتنا صياغة مشكلاته ووصف المعالجة الملائمة لها . في الحقيقة ، فإن الفشل في أخذ المرحلة النمائية للطفل بعين الاعتبار ، سيؤدي إلى تقييمات غير دقيقة ومعالجات غير مناسبة . فالتبول أثناء النوم على سبيل المثال مشكلة في عمر 12 عاماً ، لكنه ليس كذلك لدى طفل في الثانية من عمره . والأبعاد التنبؤية لسلوك مثل نوبات الغضب ، ستختلف لدى الأطفال في مرحلة ما قبل المشي ، مقارنةً بالمراهقين . ومثل هذه الاعتبارات النمائية تساعد أخصائي علمي نفس الأطفال الطبي والإكلينيكي على اتخاذ قرار فيما إذا كانت هنالك مشكلة أم لا ، ومدى شدتها ، وطريقة صباغتها ، ونوع التدخل العلاجي الذي يمكن التوصية به .

الشكل 20-1 نظرة عامة لمراحل النمو وأمثلة على المشكلات المرافقة لها

المصدر: Mash, E. J. & Wolfe, D. A. (2002). Abnormal Child Psychology (2nd ed.). Belmont, CA: Wadsworth/Thomson Learning, p. 26.

| العمر التقريبي | الإنجازات المعتادة | المشكلات السلوكية الشائعة | الاضطرابات الإكلينيكية |
|----------------|--|--|--|
| 2-4 | الأكل، النوم، التعلق. | العناد، المزاجية، استخدام الحمام. | تسخر العقلي، اضطرابات الإطعام، اضطراب التوحد. |
| 2-5 | اللغة، استخدام الحمام، مهارات العناية بالذات، ضبط الذات، علاقات الأقران. | الجدال، طلب الانتباه، عدم الطاعة، الخوف، النشاط الزائد، مقاومة مواعيد النوم. | اضطرابات الكلام واللغة، مشكلات نتيجة الإساءة، اضطرابات القلق مثل الفوبيا. |
| 6-11 | المهارات والقواعد الأكاديمية، اللعب وفق القواعد، مسؤوليات بسيطة. | الجدال، عدم القدرة على التركيز، الإحساس الزائد بالذات، التباهي. | اضطراب عجز الانتباه والنشاط الزائد، اضطرابات التعلم، الخوف المرتضي من المدرسة، مشكلات المسلك. |
| 12-20 | علاقات مع الجنس الآخر، الهوية الشخصية، الانفصال عن الأسرة، زيادة المسؤوليات. | الجدال، التفاجر. | اضطراب النحافة، الشره، الجروح، محاولات الانتحار، الإدمان على الكحول أو المخدرات، الفصام، الاكتئاب. |



لماذا يبدو أن بعض الأطفال -حتى عندما تواجههم مواقف تبدو غاية في الشدة- يتكيفون بشكل إيجابي وبقليل من المشكلات الملحوظة؟ إن مصطلح المرونة يشير إلى وجود صفات لدى الأفراد، ترتبط بقدرتهم على التغلب على الصعوبات، وتحقيق النماء والارتقاء (Masten & Coatsworth, 1998). ولقد تزايد اهتمام الأخصائيين النفسيين بدراسة تلك العوامل المرتبطة بالمرونة، وخصوصاً بين الأطفال المعرضين للآثار السلبية الناجمة عن بيئات عدائية أو غير سوية (كالهروب، أو العنف في المنزل، أو الفقر). ويبين الجدول 2-20 ملخصاً بالخصائص المميزة للفرد والأسرة والمؤثرات خارج الأسرة التي ترتبط بعامل المرونة لدى الأطفال والمراهقين.

ومن الجدير بالذكر أن ما أظهرته هذه العوامل هو مجرد ارتباطها ببعض النتائج الإيجابية؛ فالعلاقة ليست سببية بالضرورة (Masten & Coatsworth, 1998). ومع ذلك، فالفكرة التي تبرز هنا هي أن العوامل التي توطّد التعلق القوي أو الارتباط بين الطفل ووالديه، وتلك التي تشير إلى وجود قدرات جيدة على حل المشكلات، يبدو أنها تساعد على حماية الطفل من تأثير أية ظروف قاسية. وعلى مستوى التطبيق العملي، يمكن لدراسات المرونة والكفاءة أن تقود إلى تدخلات تهدف إلى منع عوامل الخطورة أو إزالتها، وبناء المصادر الذاتية أو تحسينها، وتعزيز علاقات أو عمليات كالفعالية الذاتية والتنظيم الذاتي (Masten & Coatsworth, 1998).

الجدول 2-20 خصائص المرونة لدى الأطفال والمراهقين

| المصدر | الخاصية |
|--|--|
| الفرد | الوظائف العقلية الجيدة . الجاذبية والاجتماعية والانطلاق السلس . الفعالية الذاتية، الثقة بالذات، ارتفاع تقدير الذات . المواهب . الإيمان . |
| الأسرة | علاقات قوية وحميمة، نماذج والدية محبة . الحزم الوالدي: الدفء، البساطة، التوقعات العالية . الإيجابيات الاجتماعية الاقتصادية . العلاقات مع شبكة الأسرة الداعمة الممتدة . روابط اجتماعية مع الكبار خارج نطاق الأسرة . علاقات مع المؤسسات الاجتماعية . الالتحاق بمدارس فعالة . |
| المصدر: Masten & Coatsworth (1998), p. 212 | |

الآن وقد ألقينا نظرةً على التعريفات والمنظورات المهمة في هذا الميدان ، يمكننا الانتقال إلى مناقشة الأنشطة المتنوعة والمتطورة التي يقوم بها أخصائيو علمي نفس الأطفال الطبي والإكلينيكي . ولتبسيط الأمور قليلاً ، فسندمج هذه الأنشطة تحت عناوين رئيسية ، وهي : التقييم ، التدخلات العلاجية ، الوقاية ، والاستشارة . وسوف نتناول عدداً من القضايا المتصلة بهذه الأنشطة .

قضايا عامة General Issues

الوبائية Epidemiology

ما مدى انتشار اضطراب عجز الانتباه والنشاط الزائد؟ هل اضطراب المسلك أكثر شيوعاً لدى الأولاد أم البنات؟ من المهم أن تكون لدينا فكرة ما حول مدى شيوع المشكلات المختلفة عبر الفئات العمرية ، وعبر مختلف الشرائح السكانية . فعلى سبيل المثال ، ما بين عمر سنة إلى سنتين ، تشيع مشكلات الرضاعة والنوم . أما النشاط الزائد واضطراب المسلك فهما أكثر شيوعاً لدى الأولاد مقارنةً بالبنات . وحتى السلوكيات التي تشير إلى وجود اضطرابات نفسية ، قد تظهر لدى مجموعات غير إكلينيكية . وكما ناقشنا في الفصل الرابع ، يمكن للبيانات الوبائية أن تساعدنا في التعامل مع هذه الظواهر . ولكي نصل إلى فهم وتشخيص أفضل ، ينبغي على الميدان أن يشتمل على معلومات حول الكيفية التي يتغير بها السلوك عبر الزمن ، والكيفية التي يتباين بها سلوك وأخر بطريقة متلازمة ، وكذلك الكيفية التي ينتشر بها هذا السلوك بين أفراد المجتمع .

الموقف The Situation

وكما ذكرنا في أكثر من مكان في هذا الكتاب ، كثيراً ما يرتبط السلوك بالموقف الذي يحدث فيه . فقد يكون الطفل هادئاً ومنسحباً في المنزل ، ولكن ليس كذلك مع رفاقه ؛ وقد يكون آخر مدعناً لرموز السلطة ، لكنه عدواني مع الأطفال الآخرين . وهذا لا يعني أن العوامل غير الموقفية العامة غير مهمة ، بل إن تكوين تصور مناسب لمشكلة الطفل (أو المشكلة المفترضة) ، يتطلب من العاملين مع الطفل الانتباه للتفاعل ما بين العوامل الموجودة في بيئة الطفل ، والخصائص الشخصية العامة لديه .

في نقاشنا السابق للعلاج الأسري (انظر الفصل الخامس عشر) ، ذكرنا أنه من الصعب أحياناً تحديد من هو المريض الحقيقي في المجموعة . وهذه الملاحظة صحيحة أيضاً في إطار هذا الفصل . ففي الكثير من الأحيان ، تتجه أكثر المعالجات فعاليةً إلى الوالدين ، وذلك لأنهما يبسطان سيطرتهم على الطفل إلى حد كبير . علاوةً على ذلك ، فإن الأطفال لا يقومون بإحالة أنفسهم للتقييم أو العلاج ؛ وإنما يحيلهم الآباء أو الأطباء أو المعلمون ، أو حتى المحاكم (Kazdin, 2003) . ويعتبر كامبل (Campbell, 1989) عن ذلك بقوله : "إن المهمة الأولى للأخصائي الإكلينيكي الذي يعمل مع الأطفال والأسر ، هي تحديد ما إذا كانت هناك مشكلة حقاً . فعدم التسامح والجهل وإساءة الفهم من قبل الراشدين ، جميعها أسباب يمكن أن تقود إلى الإحالة" (ص 7) . فعلى سبيل المثال ، في دراسة وبائية واسعة للاضطرابات النفسية لدى الأطفال ، قام شيفيرد وأوينهايم وميتشل (Shepherd, Oppenheim, & Mitchell, 1971) بمقارنة الأطفال الذين يذهبون إلى العيادات النفسية بغيرهم من الأطفال الذين يطابقونهم من حيث شدة الأعراض ، لكن ذويهم لم يسعوا لطلب المساعدة . وكان العامل الأساسي الذي يميز بين المجموعتين هو الإدراك الوالدي لشدة المشكلة وخطورتها . ومن الواضح أن اهتمام الأهل ، ومستوى تحملهم ، ومهارتهم في التعامل مع الأطفال ، هي أمور تلعب دوراً كبيراً في تحديد السلوك المُشكل لدى الطفل .

تشخيص المشكلات وتصنيفها Diagnosis and Classification of Problems

ولأننا تناولنا الدليل التشخيصي الرابع المُعدّل (DSM-IV-TR) في الفصل الخامس ، فلن نذكر هنا سوى بعض النقاط المتعلقة بالأطفال . أولاً ، أصبح تشخيص مشكلات الطفولة أكثر صلةً بأخصائي علم نفس الأطفال الإكلينيكي مقارنةً بالطبي ، لأن الأول تاريخياً يتعامل مع حالات الاضطراب النفسي . ثانياً ، يبين الدليل التشخيصي الرابع (DSM-IV-TR) الاهتمام المتزايد باضطرابات الطفولة . فهناك 10 مجموعات أساسية من الاضطرابات التي عادةً ما تُشخص للمرة الأولى في مرحلة الرضاعة أو الطفولة أو المراهقة . ويبين الجدول 20-3 هذه المجموعات ، إضافةً إلى أمثلة تشخيصية على كل منها . ومن المهم أن نلاحظ أسرين هنا . أولهما أن جميع الاضطرابات الواردة في الجدول 20-3 تحمل رموز المحور الأول ، ما عدا التشخيصات الفرعية للتخلف العقلي . ثانيهما أن الأطفال والمراهقين يمكن أن يحصلوا على تشخيصات عدا تلك الواردة في الجدول (مثل اضطراب الاكتئاب العام ، أو اضطراب الكرب ، أو الشراهة والنحافة) . على أية حال ، عادةً ما يتم تعديل المحك التشخيصي أو عتبات التشخيص ، بحيث تكون أكثر ملاءمةً للأطفال والمراهقين .

فعلى سبيل المثال ، للحصول على تشخيص باضطراب الكرب ، يمكن أن يظهر الطفل أو المراهق مزاج يتسم بسرعة الغضب والهياج (مقابل المزاج الاكتئابي) ، ويمكن أن تستمر الأعراض لمدة عام (مقابل عامين لدى الراشدين) .

ولإعطاء القارئ صورة أوضح حول أنواع السلوكات والمشكلات المتضمنة في المحكات التشخيصية للدليل التشخيصي الرابع (DSM-IV-TR) ، يبين الجدول 20-4 المحكات التشخيصية لاضطراب المسلك (conduct disorder) . واضطراب المسلك هو أحد التشخيصات الأكثر تكراراً في الأماكن التي يُعالج فيها الأطفال والمراهقين ، سواء كانت عيادات خارجية أو عيادات إقامة داخلية . إضافة إلى ذلك ، وكما سنرى خلال هذا الفصل ، فقد تم تطوير عدد من مناحي التقييم والعلاج لتحديد المشكلات السلوكية التي يتكون منها هذا الاضطراب .

الجدول 20-3 الاضطرابات المبينة في الدليل التشخيصي الرابع المعدل (DSM-IV-TR) التي يتم تشخيصها للمرة الأولى عادة في مرحلة الرضاعة أو الطفولة أو المراهقة

| المجموعة | أمثلة تشخيصية |
|---|--|
| التخلف العقلي | تخلف عقلي بسيط أو متوسط أو شديد . |
| اضطرابات التعلم | اضطراب القراءة ، اضطراب الحساب . |
| اضطراب المهارات الحركية | اضطراب التناسق النمائي . |
| اضطرابات التواصل | اضطراب اللغة التعبيرية ، التأثتة . |
| الاضطرابات النمائية المتغلغلة | اضطراب التوحد ، اضطراب أسبرجر (Asperger) |
| اضطرابات عجز الانتباه والسلوك التخريبي | اضطراب عجز الانتباه والنشاط الزائد ، اضطراب المسلك . |
| اضطرابات الإطعام والأكل في الرضاعة والطفولة المبكرة | تناول الطعام غير الصحي ، اضطراب الاجترار . |
| اضطرابات اللزمات العصبية | اضطراب توريت (Tourette) . |
| اضطرابات الإخراج | اضطراب اللزمات المؤقتة . |
| اضطرابات أخرى في مرحلة الرضاعة أو الطفولة أو المراهقة | الغوط اللاإرادي ، التبول اللاإرادي . |
| | اضطراب قلق الانفصال ، البكم الاختياري . |

المصدر : (Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders (2000). American Psychiatric Association, 4th ed., Text Revision).

وعادةً ما تكون الاضطرابات النفسية التي يمر بها الأطفال والمراهقون مقسمة إلى فئتين رئيسيتين: الاضطرابات التذويئية (الموجهة للذات) والتعبيرية (الموجهة للخارج). ويمكن تمييز الاضطرابات التذويئية (internalizing disorders) بأعراض القلق والاكتئاب والتجمل والانسحاب الاجتماعي. ومن الأمثلة عليها اضطرابات المزاج (مثل الاكتئاب العام) واضطرابات القلق (مثل اضطراب قلق الانفصال). أما الاضطرابات التعبيرية (externalizing disorders) فتتميز بالسلوكيات العدوانية والاندفاعية والشكليات السلوكية، ومن أمثلة هذه الاضطرابات اضطراب المسلك (انظر الجدول 20-4) واضطراب عجز الانتباه والنشاط الزائد. ويمكن استخدام مجموعة مختلفة من أساليب التقييم وتقنياته (بما فيها المقابلات، الملاحظات السلوكية، الاستبانات وقوائم الشطب، اختبارات الذكاء والتحصيل، والاختبارات النفسية العصبية)، للتعرف على أنواع هذه الاضطرابات لدى الأطفال والمراهقين. وسنناقش التقييم بشكلٍ أوسع في الجزء التالي.

التقييم Assessment

يختلف تقييم الطفل والمراهق عن تقييم الراشدين بعدة نواح مهمة. فبعكس الراشد، نادراً ما يسعى الأطفال والمراهقون طلباً للعلاج بمفردهم. إضافةً إلى ذلك، فمن الضروري عند التعامل مع الطفل والمراهق دائماً تقريباً البحث عن معلومات من أشخاص آخرين، عدا تلك التي يقدمانها؛ كالوالدين، والمعلمين، والأطباء، وغيرهم. وبالرغم من أهمية مرافقة الأهل، فمن المهم أيضاً أن نحصل على إذن من الطفل لطلب المعلومات من مصادر أخرى؛ الأمر الذي سيساعد كثيراً على بناء جو من الثقة والاحترام. أخيراً، فإن الأطفال والمراهقين لا يعرفون الكثير حول قواعد العمل في اختصاصات الصحة النفسية، الأمر الذي قد يوجب المقاومة أو حتى الخوف لديهم.

إن تعدد مصادر المعلومات في تقييم الأطفال والمراهقين يستحق منا وقفةً أطول. حيث ينبغي أن ندرك أن مصادر المعلومات المختلفة هذه قد لا تتفق مع بعضها بعضاً دائماً. فعلى سبيل المثال، أشار بعض الدارسين إلى أن الأمهات اللواتي يعانين من الاكتئاب يملن إلى تهويل طبيعة مشكلة الطفل وشدتها، مقارنةً بمصادر المعلومات الأخرى (Richters & Pellegrini, 1989). وبالرغم من أن الدلائل الحديثة تتحدى هذا الزعم (Tarullo, Richardson, Radke-Yarrow, & Martinez, 1995)، إلا أنه لا يوجد في الوقت الحاضر إجماعٌ حول كيفية قيام الأخصائي الإكلينيكي أو الباحث بمعالجة المعلومات التشخيصية المتناقضة، والربط بينها (Sher & Trull, 1996). وتقع هذه المشكلة ضمن نطاق علم نفس الأطفال الإكلينيكي، حيث يتم اللجوء إلى عدد من المصادر المختلفة بشكل روتيني. ولحسن الحظ، بدأ الباحثون الآن بتقسي أفضل الطرق التي يمكن من خلالها دمج بيانات التقييم من عدة مصادر للمعلومات (e.g., Piacentini, Cohen, & Cohen, 1992).

الجدول 20-4 المحكّات التشخيصية لاضطراب المسلك

أ. نمط متكرر وثابت من السلوك ، فيه تعدُّ على الحقوق الأساسية للآخرين ، أو على المعايير أو القوانين الاجتماعية الموائمة للفئة العمرية ، وذلك كما يتبين من خلال ظهور ثلاثة (أو أكثر) من المحكّات التالية خلال آخر اثني عشر شهراً ، مع ظهور محك واحد على الأقل خلال الستة أشهر الأخيرة :

العدوان الموجه نحو الأشخاص أو الحيوانات

1. عادةً ما يتعمّر على الآخرين أو يهددهم أو يخوّفهم .
2. عادةً ما يبدأ المشاجرات الجسدية .
3. سبق وأن استخدم سلاحاً يمكن أن يلحق أذىً جسدياً خطيراً بالآخرين (كتمضرب أو طوبة أو زجاجة مكسورة أو سكين أو سدس) .
4. مارس القسوة الجسدية تجاه الأشخاص .
5. مارس القسوة الجسدية تجاه الحيوانات .
6. قام بالسرقة أثناء مواجهة للضحية (كقطع الطريق ، انتحال محفظة ، ابتزاز ، سطو مسلح) .
7. أجبر شخصاً على القيام بنشاط جنسي .

تدمير الممتلكات

8. قام متعمداً بإشعال حريق بشيء إلحاق ضررٍ شديد .
9. قام متعمداً بتدمير ممتلكات الآخرين (بطريقة أخرى عدا إشعال حريق) .

الخداع أو السرقة

10. قام بالسطو على منزل شخص آخر أو مبنى أو سيارة .
11. عادةً ما يكذب للحصول على السلع أو العطف أو تجنّب الالتزامات والواجبات (أي أنه يخدع الآخرين) .
12. قام بسرقة أشياء ليست بسيطة دون مواجهة الضحية (كالسرقة من محلات لكن دون لسطو والدخول غنوة ، أو التزوير) .

انتهاك القوانين بدرجة كبيرة

13. عادةً ما يبقى خارج المنزل ليلاً رغم منع الأهل ، وبدأ يفعل ذلك قبل بلوغه 13 عاماً .
14. قام بالهروب من المنزل ليلاً مرتين على الأقل أثناء إقامته مع والديه ، أو في منزل بديل للوالدين (أو هرب مرة واحدة دون أن يعود لفترة زمنية طويلة) .
15. عادةً ما يتغيّب عن المدرسة ، وذلك قبل بلوغه 13 عاماً .

ب. اضطراب السلوك يؤدي إلى ضعفٍ ذالٍ إكلينيكيّاً في الوظائف الاجتماعية أو الأكاديمية أو المهنية .

ج . إذا كان عمر الفرد 18 عاماً فأكثر ، ولم تلبّ المحكّات تشخيصه باضطراب الشخصية المعادية للمجتمع .

تحديد النمط بناءً على العمر الذي بدأ فيه الاضطراب :

النمط الذي يبدأ في الطفولة : بدء ظهور واحدٍ من المحكّات التشخيصية لاضطراب المسلك قبل العاشرة من العمر .

النمط الذي يبدأ في المراهقة : غياب أي محكّ تشخيصي لاضطراب المسلك قبل العاشرة من العمر .
تحديد الشدة :

بسيطة : مشكلات قليلة في المسلك إن وجدت ، تتجاوز تلك اللازمة لوضع التشخيص ، ولم تسبب مشكلات المسلك سوى أذى طفيف للآخرين .

متوسطة : يؤثر بعض مشكلات المسلك على الآخرين ، ويكون تأثيرها ما بين البسيط والشديد .

شديدة : مشكلات كثيرة في المسلك ، تتجاوز تلك اللازمة لوضع التشخيص ، وتسبب بأذى كبير للآخرين .

المصدر : Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders (2000). American Psychiatric Association, 4th ed., Text Revision.

عند تقييم الأطفال أو المراهقين ، من المهم جداً أن يقوم الأخصائي بتقدير طبيعة المشكلة وشدتها في وقت مبكر . قد تكون الشكوى محددة ، كالتقيؤ أو الخوف من الذهاب إلى المدرسة ، أو تكون عامةً مثل "الاكتئاب" أو نقص الاهتمام بالدراسة . والفاحص أيضاً يريد معرفة سبب البحث عن المساعدة ، ومتى بدأت المشكلة ، وما هي الخطوات التي تم اتخاذها سابقاً لحل المشكلة . وبعد جمع المعلومات من سائر المصادر المتاحة ، يتم جمع البيانات حول تاريخ الحالة لمعرفة كيفية تطور المشكلة بصورة دقيقة . مرةً أخرى ، كل ذلك يتم بهدف تحديد طبيعة المشكلة ، وأفضل سبل التعامل معها .

بالنسبة لمعظم المشكلات ، ينضمن التقييم الشامل عموماً معلومات من مصادر متعددة (الذات ، الوالد ، الأقران ، المعلم/ة) ، وذلك باستخدام عدة أساليب تقييمية مختلفة (قوائم التقرير الذاتي ، قوائم الشطب السلوكية ، المقابلات ، اختبارات الذكاء أو القدرة) . وفي الأجزاء التالية ، سنتناول بالإشارة عدداً من المسائل المرتبطة ببعض أساليب التقييم الأكثر استخداماً ، والتي يستخدمها أخصائياً علم نفس الأطفال الإكلينيكي وعلم نفس الأطفال الطبي .

لقد تناولنا عملية المقابلة بالتفصيل في الفصل السادس ، وما ذكرناه يتصل بموضوعنا هذا اتصالاً وثيقاً . ولغايات الاختصار ، ستركز هذا الجزء على مقابلة الوالدين والطفل . فأخصائيو علمي نفس الأطفال الإكلينيكي والطبي يقومون بمقابلة الوالدين بهدف (أ) جمع المعلومات المتعلقة بالسلوك والأحداث والمواقف ، (ب) تقدير مشاعرهما وانفعالاتهما ، و(ج) وضع أسس العلاقات العلاجية اللاحقة . إن المقابلات التي تُجرى مع الأطفال والمراهقين تتيح لهم "أن يحكوا قصتهم الخاصة بهم" . إذ يطرح الأخصائي النفسي أسئلته التي تهدف إلى معرفة إدراك الفرد لذاته وإدراكه للآخرين ، وإدراكه للمشكلة وطبيعتها .

عند مقابلة الطفل ، من المهم أن نتذكر أنه لا يعلم دائماً السبب من وراء طلب المساعدة ، أو أنه قد لا يفهم ما يُقال له بصورة تامة . ومجرد التواجد في عيادة نفسية دون معرفة السبب ، أو دون أن تكون له حرية الفرار في ذلك ، يمكن أن يكون مصدراً للقلق بالنسبة للأطفال (أو أي شخص آخر) . لذا ، من المهم معرفة ماهية شعور الطفل وفهمه للهدف الحقيقي من الزيارة . وينبغي أن يقوم الأخصائي الإكلينيكي باستخدام نبرة صوت مطمئنة قدر المستطاع أثناء المقابلة ، ثم يوضح ما الذي سيتم القيام به ضمن نطاق فهم الطفل . وفي بعض الحالات مثلاً ، قد يكون من الضروري التأكيد للطفل أنه سيعود إلى المنزل بعد زيارته للعيادة أو أن الإجراء التشخيصي الذي سيتم استخدامه لن يكون مؤلماً .

يمكن أن تكون مقابلة الأطفال أمراً صعباً للغاية ؛ فالطفل لا يستطيع التعبير عن مشاعره وأفكاره بصورة محددة ودقيقة . ومن الأمور المهمة أيضاً أن الأطفال يمكن أن يكونوا قابلين للإيحاء أو الخوف بدرجة عالية . ونتيجة لذلك ، قد يخبرون الفاحص بما يعتقدون أنه يريد سماعه ، أو بما أخبرهم به الآخرون . كما قد يكونون شديدي الخوف أو العصبية ، بحيث تتداخل قصصهم مع بعضها بعضاً . أما المدة التي تستغرقها المقابلة مع الطفل فقد تعتمد على عوامل مثل العمر أو المستوى العقلي ، وقد قدم آيبرج وكران (Eyberg & Krahn, 1992) بعض الأفكار المفيدة حول مقابلة الأطفال . ويلخص الجدول 5-20 الاقتراحات التي قدمها .

وهناك عدد من المقابلات التشخيصية المقننة المتوافرة لتقييم الأطفال والمراهقين لكل من الاضطرابات التذويتية (Silverman & Serafini, 1998) والاضطرابات التعبيرية (Franz & Gross, 1998) . والتي تشمل جدول المقابلة التشخيصية للأطفال (the Diagnostic Interview Schedule for Children-DISC) (Costello, Edelbrock, Dulcan, Kalas, & Klaric, 1984) ، و جدول مقابلة الطفل

، (Child Assessment Schedule-CAS) (Hodges, Kline, Fitch, McKnew, & Cytryn, 1981) والمقابلة التشخيصية المعدلة للأطفال والمراهقين (Diagnostic Interview for Children & Adolescents-Revised, or DICA-R) (Kaplan & Richard, 1991). وهذه المقابلات موجودة بصورتين: للأطفال والوالدين (كمصدر للمعلومات). وتتميز هذه المقابلات بأنها مقننة (يتم طرح الأسئلة نفسها على جميع الأطفال)، كما أنها أكثر شمولاً في النواحي التي تغطيها، وأكثر ثباتاً من المقابلات الإكلينيكية غير المقننة. وهي مفيدة بشكل خاص في المواقف التي يكون فيها تساؤل حول التشخيص الفارقي.

الجدول 20-5 أفكار مفيدة حول مقابلة الأطفال

مهارات الاتصال العامة:

1. استخدم عبارات الوصفية (مثل "تبدو سعيداً اليوم").
2. استخدم عبارات الانعكاسية للمساعدة على زيادة مقدار التبادل اللفظي.
3. استخدم المديح.
4. تجنب العبارات الناقدة.
5. استخدم الأسئلة المفتوحة (تلك التي لا تتم الإجابة عليها بنعم أو لا فحسب).
6. استخدم الجمل والكلمات المناسبة لعمر المفحوص.

إجراء المقابلة:

1. عرف بنفسك للوالدين والطفل.
2. قدم معلومات حول خطة الجلسة لكل من الطفل والوالدين.
3. ضع أساساً للتقليل من القلق المحتمل وجوده لدى الطفل (مثلاً: "خذ الورقة، لماذا لا تبدأ برسم بعض الرسومات؟").
4. استخدم نموذجاً تنظيمياً لجمع المعلومات التي تركز على (1) بيئة الطفل (علاقات الرفاق، المدرسة، الأسرة)، (2) الطفل ذاته (أمنيته، اهتماماته، مخاوفه)، و(3) المشكلة أو المشكلات الموجودة لديه.
5. عند إنهاء المقابلة، من المهم تلخيصها للطفل، وتعزيز الطفل بجهوده، سؤاله عن أية معلومات إضافية قد يرغب بتقديمها، ولتقديم معلومات له حول ما يرغب الفاحص بعمله انطلاقاً من هنا.

المصادر: مأخوذ من: Kanfer, R., Eyberg, S. M., & Krahn, G. L. (1992). Interviewing: strategies in child assessment. In C. E. Walker & M. C. Roberts (Eds.), Handbook of Clinical Child Psychology (2nd ed.). New York: Wiley.

وكما أشرنا في الفصل السادس ، من المفيد إجراء الملاحظات السلوكية أثناء المقابلة . إضافة إلى ذلك ، ينبغي القيام بالملاحظة المباشرة للطفل في المنزل والمدرسة كلما كان ذلك ممكناً (انظر الفصل التاسع) . وهناك عدد من الأساليب المتاحة للقيام بالملاحظة . فعلى سبيل المثال ، هناك أساليب الملاحظة الطبيعية ، والتناظرية ، والملاحظة بالمشاركة ، ومراقبة الذات ، والتي يمكن استخدامها مع الأطفال ، إضافة إلى عدد من أنظمة الترميز المتاحة لتقدير كمية السلوك (La Greca & Stone, 1992; Mash & Wolfe, 2002) . وكما هو الحال في جميع الملاحظات السلوكية ، يحتاج أخصائيو علمي نفس الأطفال الإكلينيكي والطبي أن يبقوا في أذهانهم قضايا مثل ثبات الملاحظات ، وردود الفعل تجاه الملاحظة ، وصدق بيانات الملاحظة .

وفي الفصل التاسع ، طرحنا عدة أمثلة حول أساليب الملاحظة والأنظمة المستخدمة في تقييم الأطفال والمراهقين . وأحد هذه الأنظمة هو نظام الترميز السلوكي (Behavioral Coding System-BCS) ، الذي قام بتطويره باترسون (Patterson, 1971) وزملاؤه (R. R. Jones, Ried, & Patterson, 1975; Patterson & Forgatch, 1995) . وقد تم تصميم هذا النظام لاستخدامه في المنازل التي يأوي إليها الأولاد في المراحل التي تسبق الجنوح ، والذين يواجهون مشكلات تتمثل في العدوانية والتمرد . ويُمضي الملاحظ المدرب في بيوت مثل هؤلاء الأطفال فترة تتراوح من ساعة إلى ساعتين ، يقوم خلالها بملاحظة وتسجيل التفاعلات الأسرية باستخدام نظام الترميز السلوكي (انظر الشكل 9-2 في الفصل التاسع ، والذي يبين عينة من صفحة نظام الترميز) . وقد بين باترسون وفورجاتش (Patterson & Forgatch, 1995) أن الدرجات الكلية لسلوكيات الأطفال السلبية (المستمدة من نظام الترميز) ، استطاعت التنبؤ بالاعتقالات مستقبلاً على مدى عامين من فترة المتابعة .

ومن أنظمة الملاحظة الأخرى المستخدمة بصورة شائعة والتي ناقشناها في الفصل التاسع أيضاً ، هناك نموذج الملاحظة المباشرة (Direct Observation Form-DOF) لقائمة سلوك الأطفال (CBC) ، والذي وضعه آخينباخ (Achenbach, 1994) . ويستخدم هذا النموذج في تقييم السلوكيات المشككة التي يمكن ملاحظتها في الصفوف المدرسية أو في أماكن أخرى . ويقوم الملاحظ هنا بتقدير كل فقرة للسلوك المشكك (والتي تبلغ 96 فقرة) وفقاً لتكراره والمدة التي استغرقها وشدة ، وذلك خلال فترة معينة من الملاحظة (10 دقائق مثلاً) . ويبين الجدول 9-2 (في الفصل التاسع) أمثلة من فقرات نموذج الملاحظة المباشرة .

حين يتعلق الأمر بأسئلة تدور حول الإنجاز العقلي للطفل أو عجزه الأكاديمي ، أو تطوير خطة تربوية له ، عادةً ما تُستخدم اختبارات الذكاء . والاختبارات الأكثر استخداماً هي مقياس وكسلر لذكاء الأطفال (WISC-IV) ، وبطارية كوفمان لتقييم الأطفال (Kaufman Assessment Battery for Children, K-ABC) ، ومقياس وكسلر لذكاء أطفال ما قبل المدرسة والمرحلة الابتدائية (Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence-Revised, WPPSI-R) ، والمراجعة الرابعة لاختبار ستانفورد-بينيه للذكاء ، ومراجعة اختبار بينودي للصور والمفردات (Peabody Picture Vocabulary Test-Revised) . ويمكن اعتبار هذه المقاييس وغيرها كبطاريات اختبارات تقيس صعوبات التعلم ، والتخلف العقلي ، والاختلال العصبي ، أو الاضطرابات النمائية المتغلغلة لدى الأطفال (Sattler, 2001) .

وقد ناقشنا مقياس وكسلر لذكاء الأطفال (WISC-IV) في الفصل السابع ، لذا فلن نورد سوى بعض التعليقات الإضافية هنا . يتكون هذا المقياس من 11 اختباراً أساسياً و5 اختبارات تكميلية . فهناك اختبارات فرعية لفظية (المعلومات ، التشابهات ، الحساب ، المفردات ، تذكر الأرقام ، والفهم العام) وأخرى أدائية (إكمال الصور ، ترتيب الصور ، تصميم المكعبات ، رموز الأرقام ، واستدلال المصفوفات) . وكما هو الحال في مقاييس أخرى للذكاء ، يمكن استخدام الدرجات على مقياس وكسلر (WISC-IV) في تقدير المستوى العام لذكاء الطفل (نسبة الذكاء الكلية) ، أو القدرات المتصلة بأنماط وظيفية معينة لديه (نسبة الذكاء اللفظي ، نسبة الذكاء الأدائي) ، أو حتى نواح أكثر تحديداً (الفهم اللغوي ، التنظيم الإدراكي ، الذاكرة العاملة ، سرعة معالجة المعلومات) . عملياً ، يُستخدم مقياس وكسلر (WISC-IV) عادةً كجزء من بطارية اختبارية ، بما فيها اختبارات التحصيل ، وذلك لتقييم وجود صعوبات معينة في التعلم لدى الطفل .

اختبارات التحصيل Achievement Tests

تُستخدم اختبارات التحصيل لتقييم التعلم السابق ، خاصةً المتعلق بالبرامج التدريبية أو المدرسية . ويمكن لهذه الاختبارات أن تتناول مجموعة متنوعة من المواضيع الأكاديمية ، التي تمتد من القراءة إلى الحساب . وهناك ثلاث أدوات تُستخدم بشكل واسع في قياس التحصيل ، وهي : اختبار بينودي المعدل للتحصيل الفردي (Peabody Individual Achievement Test-Revised) ، وبطارية وودكوك-جونسون النفسية التربوية (Woodcock-Johnston Psychoeducational Battery) ،

واختبار التحصيل واسع المدى-3 (WRAT-3)، Wide Range Achievement-3، ومن بطاريات الاختبارات شائعة الاستخدام، نذكر: اختبارات أيوا للمهارات الأساسية (Iowa Tests of Basic Skills)، سلسلة رابطة البحث العلمي للتحصيل (SRA Achievement Series)، اختبار ستانفورد للتحصيل (Stanford Achievement Test)، وبطارية اختبارات ميتروبوليتان المسحبة للتحصيل (Metropolitan Achievement Tests Survey Battery).

الاختبارات الإسقاطية Projective Tests

يشير استخدام الاختبارات الإسقاطية مع الأطفال بعضاً من الجدل والخلاف، وذلك لافتقارها العام لمستويات جيدة من البيانات المتعلقة بصدقها وثباتها. ولعل أحد مبررات استخدام الاختبارات الإسقاطية في تقييم الأطفال والمراهقين، هو غموض المثيرات في هذه الاختبارات، أو استخدامها للحيوانات كموضوعات قد تكون أقل تهديداً للصغار، الذين يكون مستوى القلق مرتفعاً لديهم. وعادةً ما يُستخدم كل من اختبار تفهم الموضوع (TAT)، واختبار الرورشاخ، إضافةً إلى اختبار تفهم الموضوع للأطفال (CAT)، واختبار إكمال الفراغات في الجمل الناقصة (ISB)، واختبار رسم الشخص (DAP) على أية حال، فكما ذكرنا في الفصل الثامن، على الأخصائيين الإكلينكيين الذي يستخدمون هذه الأساليب الإسقاطية أن يأخذوا بالاعتبار مدى صدق استدلالاتهم وثباتها، وأن يحذروا من الوقوع فريسة أخطاء التفسير المبني على استدلالات وهمية.

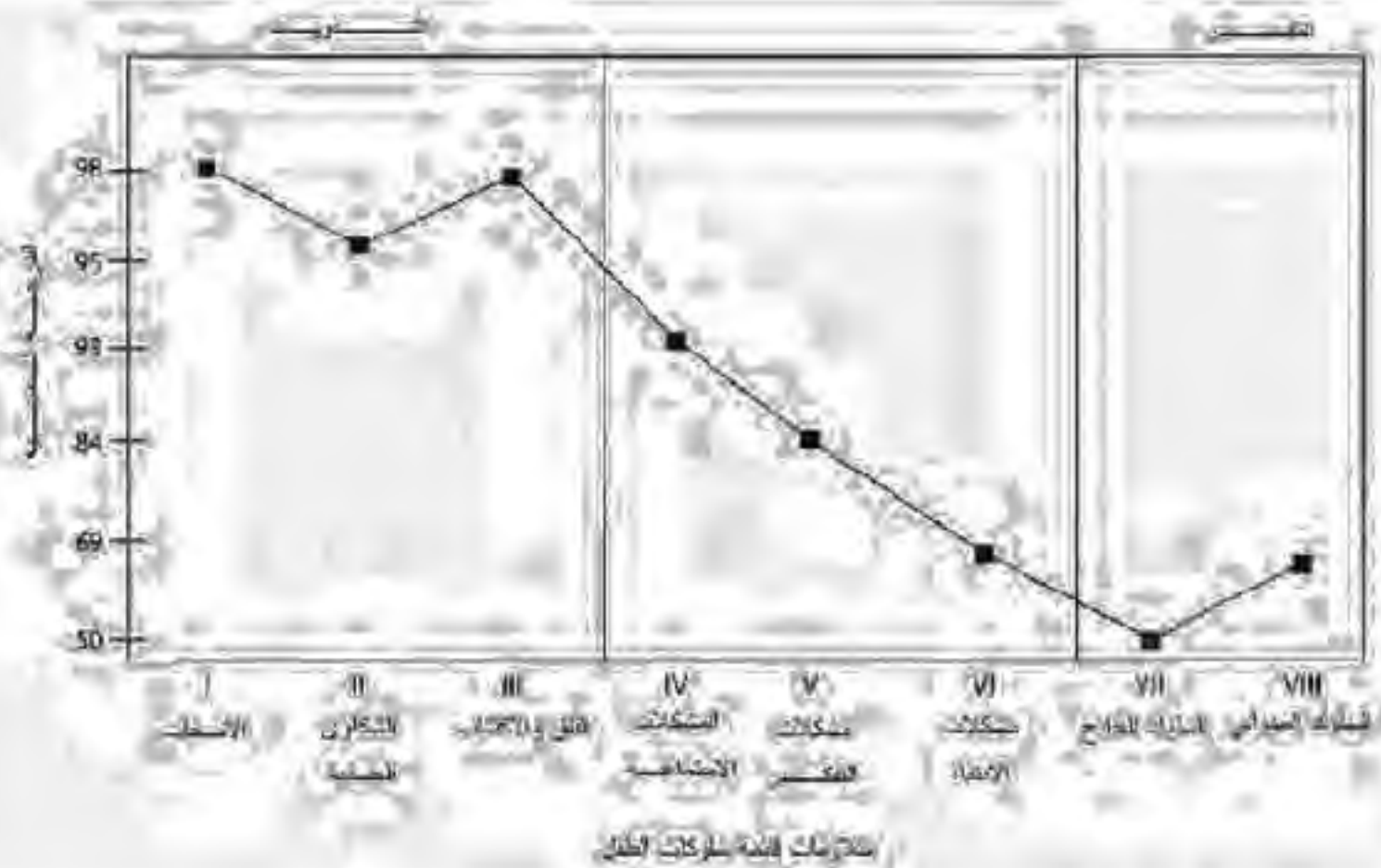
الاستبانات وقوائم الشطب Questionnaires and Checklists

هناك العديد من المقاييس وقوائم الشطب والاستبانات التي يمكن تطبيقها على البالغين، والذين يُطلب منهم الإجابة عنها وفقاً لملاحظاتهم واستدلالاتهم المتعلقة بسلوك الطفل ومشكلاته. ويمكن للآباء والمعلمين وغيرهم ممن هم على اتصال دائم مع الطفل، أن يقدموا معلومات حول الطفل على المستويين العام والخاص، ومن حيث خصائصه الشخصية. وتشتمل المقاييس المستخدمة استبانة الشخصية للأطفال (Personality Inventory for Children)، وقائمة سلوكيات الطفل (Child Behavioral Checklist)، ونموذج تقرير المعلم (Teacher's Report Form)، وقائمة المشكلات السلوكية المعدلة (Revised Behavior Problem Checklist)، وقوائم التقدير لكونرز (Conners Rating Scales).

تُعتبر قائمة سلوكيات الطفل (Child Behavioral Checklist-CBCL) (Achenbach, 1994) إحدى المقاييس الأكثر استخداماً في تقييم السلوكيات المُشكلة لدى الأطفال والمراهقين . وتتمثل أبرز مميزات هذه القائمة في قوة خصائصها السيكومترية ، وتغطيتها الشاملة للمشكلات ، وفائدتها الإكلينيكية . ولهذه الأسباب ، تُستخدم قائمة سلوكيات الطفل من قبل الإكلينيكين والباحثين على حدٍ سواء . هذا ، ويمكن اشتقاق عدة درجات من هذه القائمة . أولاً ، هناك الدرجة العامة للمشكلات ، والتي تعطي الأخصائي الإكلينيكي فكرةً حول الدلالة العامة للسلوكيات المُشكلة لدى الفرد . إضافةً إلى ذلك ، يتم حساب الدرجات على ثماني مناسبات ، هي : الانسحاب ، الشكاوى الجسدية ، القلق والاكتئاب ، المشكلات الاجتماعية ، مشكلات التفكير ، مشكلات الانتباه ، السلوك الجانح ، والسلوك العدواني . وأخيراً ، يتم حساب الدرجة العامة لكل من المشكلات التلويثية والتعبيرية (وتتكون كل منهما من درجات متلازمة معينة) ، ويبين الشكل 2-20 مثالاً على صفحة نفسية للدرجات على قائمة سلوكيات الطفل ، لطفلة في الثالثة عشرة من عمرها تدعى فاليسيا ، أُحيلت من قبل والديها بسبب اكتئابها ، ورفضها للمدرسة ، وانسحابها الاجتماعي ، إضافةً إلى مشكلاتٍ لديها في النوم (Mash & Wolf, 2002) . وكما يمكننا أن نرى ، فقد ركزت والدّة فاليسيا (التي أجابت عن القائمة) بشكل رئيسي على الانسحاب الاجتماعي لدى ابنتها ، وعلى القلق والاكتئاب ، والشكاوى الجسدية ، والمشكلات الاجتماعية لديها . أحياناً تطبّق مقاييس التقرير الذاتي على الطفل مباشرةً إذا ما أحس الأخصائي الإكلينيكي بقدرته على فهم التعليمات ، وتقديم التقارير الواضحة حول مشاعره أو أفكاره أو سلوكياته . ومن الأمثلة على ذلك قائمة اكتئاب الأطفال (Children's Depression Inventory) يقال بإمكانية قراءته من قبل الأطفال في الصف الأول) ، ومقاييس الكفاءة المُدركة (Perceived Competence Scale) ، وبالنسبة للمراهقين ، هناك اختبار مينيسوتا (MMPI-2) ، واختبار التقرير الذاتي للشباب (Youth Self-Report Test) .

الشكل 20-2 صفحة نفسية لقائمة سلوكيات الطفل (CBCL) لفاليسييا، 13 عاماً، تعاني من الانسحاب والاكتئاب

المصدر: Mash, E. J. & Wolfe, D. A. (2002). *Abnormal Child Psychology* (2nd ed.). Belmont, CA: Wadsworth/Thomson Learning, p. 78.



التقييم النفسي العصبي Neuropsychological Assessment

يمكن عزو النمو الذي شهده علم نفس الأطفال العصبي مؤخراً، إلى تزايد التركيز على اضطرابات النمو العصبي، خصوصاً بعد إقرار قانون التعليم للجميع الخاص بالأطفال المعاقين في الولايات المتحدة الأميركية (Public Law 94-142, Federal Register, 1976)، إضافة إلى التطورات في مجال الرعاية الطبية، التي وإن قللت من نسبة الوفيات الناجمة عن الأمراض المدمرة من ناحية، إلا أنها من ناحية أخرى زادت من الحاجة إلى التقييم الشامل لأثارها العصبية على الأطفال الناجين (Hooper & Hynd, 1993). وقد تناولنا العديد من القضايا والأسئلة والأساليب المستخدمة في التقييم النفسي العصبي في الفصل الثامن عشر. وتشمل الاختبارات الأكثر استخداماً مع الأطفال: بطارية ريتان-إنديانا، بطارية هالستيد النفسية العصبية للأطفال، مقياس وكسلر لذكاء الأطفال، وبطارية لوريا-نبراسكا النفسية العصبية (Farmer & Muhlenbruck, 2000).

لقد أصبحنا في هذا الميدان نعي ، وبشكل متزايد ، أن العديد من المشكلات السلوكية والانفعالية والطبية لدى الطفل تتوسطها عوامل معرفية ؛ أي طريقة التفكير بالمشيرات أو إدراكها أو التصرف حيالها . فعلى سبيل المثال ، لا يعي الطفل الذي يعاني من مشكلات طبية عادةً حقائق وضعه الخاص ، ولا يقدّر المعالجة التي تم وصفها له ، الأمر الذي قد يكون له أثر كبير على شفائه . وبالمثل ، فالفعالية الذاتية لدى الطفل (أو الكفاءة المدركة) يمكن أن تؤثر على بعض ردود أفعاله إزاء المشكلات السلوكية ومعالجتها . وأخيراً ، يمكن للتقييم المعرفي للطفل أن يكون حيوياً في تأثيره على السلوك والمشاعر . فعلى سبيل المثال ، يمكن ضبط مستويات الضغط النفسي لدى الطفل أو استجابته للمعالجة ، ولو جزئياً ، من خلال الأسلوب الذي يعالج به المعلومات . ومن الأمور المهمة أن يفهم أخصائيو علمي نفس الأطفال الإكلينيكي والطبي هذه المتغيرات المعرفية ، وأن يقوموا بقياسها .

ولإعطاء القارئ صورة عما تستهدفه هذه الأدوات المعرفية ، فننصف باختصار اثنين من المقاييس المستخدمة في تقييم الأطفال والمراهقين . فاستبانة التدبر (Coping Questionnaire-CQ) (Kendall, 1994) تقيّم أساليب تدبر الأطفال للمواقف المثيرة للقلق . حيث يتم فيها تقدير ثلاثة مواقف يختارها المقيم والطفل (مثل : النوم في غرفتي الخاصة ، لقاء أطفال جدد) . وهناك صورتان من الاستبانة ، إحداها للطفل ، والأخرى لأحد الوالدين . أما المقياس الثاني ، فهو استبانة التقدير الذاتي للانفعالات السلبية (Negative Affectivity Self-Statement Questionnaire-NASSQ) (Ronan, Kendall, & Rowe, 1994) ، والتي تقيّم الأفكار والتقديرات الذاتية في مواجهة القلق والاكتئاب (الانفعالية السلبية) . حيث يقوم كل طفل بتقدير تكرار حوالي 70 فكرة خلال الأسبوع السابق لتطبيق الاستبانة . ويمكن استخدام هاتين الاستبانتين في علاج اضطرابات القلق في الطفولة . فعلى سبيل المثال ، قام ليفين وزملاؤه (Levin, Ashmore-Callahan, Kendall, & Ichii, 1996) بتوضيح كيفية الدمج بين نتائج الاستبانتين في العلاج المعرفي-السلوكي لاضطراب قلق الانفصال لدى الأطفال .

تقييم الأسرة Family Assessment

تكمّن مشكلات الأطفال إلى حدّ بعيد في الإطار الكلي للأسرة . فالطفل تشكّله الأسرة ، والأسرة بدورها يُشكّلها الطفل . بالتالي ، فلكي نفهم مشكلات الطفل ونقوم بالتدخل العلاجي المناسب ، علينا أن نفهم نظام تلك الأسرة . وهناك عدة أدوات تقييمية متاحة لهذا الغرض . ومن المقاييس شائعة الاستخدام في تقييم وظائف الأسرة : مقياس البيئة الأسرية (Family Environment Scale-FES) (Moos & Moos, 1981) ، مقياس تقدير

التكيف والتماسك الأسري (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales, (FACES-III) (Olson, Portner, & Lavee, 1985) ، ومقياس تقييم الأسرة (Family Assessment Measure-FAM) (H. A, Skinner, Steinhauer, & Santa-Barbara, 1983) .

ولعل أحد التوجهات الحديثة في هذا المجال هو الجمع ما بين المقاييس الأسرية المتوافرة أثناء تجميع البيانات ، ثم الاحتفاظ فقط بتلك الفقرات التي يتبين أن لها معاملات صدق وثبات جيدة ؛ بحيث تشكل مقياساً نهائياً مركباً للجوانب المختلفة من وظائف الأسرة (e.g., Tolan, Gorman-Smith, Huesmann, & Zelli, 1997) . فعلى سبيل المثال ، قام تolan وزملاؤه (Tolan et al., 1997) بتطبيق عدد من مقاييس الأداء الوظيفي للأسرة - بما فيها مقاييس تقدير التكيف والتماسك الأسري (FACES-III) ومقياس تقييم الأسرة (FAM) على عينة من الشباب اليافعين في المدن وأحد والديهم الذي يعتني بهم بشكل أساسي (الأم عادة) . وقد تعرف الباحثون على ستة مقاييس أساسية تتكون من فقرات مقياسي الأسرة . وقد تمت تسمية هذه المقاييس كما يلي : معتقدات حول الأسرة (هدفها وتطورها) ، التماسك والانسجام ، معتقدات منحرفة مشتركة ، الدعم ، التنظيم ، والتواصل . كما استطاع التحليل العاملي الإضافي التعرف على ثلاثة أبعاد أساسية كامنة ، هي : التماسك والانسجام (درجة تقارب الأسرة واعتمادها على أفرادها ، ومستوى الدعم فيها ، ووضوح التواصل) ، ومعتقدات الأسرة (التوقعات المتعلقة بهدف الأسرة ونمو الطفل) ، وبنية الأسرة (مدى التنظيم داخل الأسرة والقابلية للتنبؤ ببناء على التوقعات والأدوار) . وقد وجد تolan ورفاقه أن الدرجات على هذه الأبعاد الأساسية الثلاثة ترتبط بصورة دالة بأداء الطفل لوظائفه ؛ وهي العدوانية والاكتئاب في هذه الحالة .

التدخلات العلاجية Interventions

منذ الفصل الحادي عشر ، وحتى الخامس عشر ، قمنا بتغطية مجموعة من المناحي العلاجية . ومن الجدير بالذكر أن المناحي العلاجية المستخدمة مع الأطفال ، تشبه في تنوعها واختلافها تلك المستخدمة مع الراشدين بصورة عامة . لكن علاج الأطفال مختلفٌ لسببين على الأقل ، تم ذكرهما سابقاً ؛ فالأطفال لا يقومون عادةً بإحالة أنفسهم للمعالجة ، ولا يمتلكون القدرة نفسها التي يمتلكها معظم الراشدين على الاستبطان والتقرير الذاتي .

ومنذ عقدين من الزمن ، قدر كازدين (Kazdin, 1988) بتحفظ أن هناك أكثر من 230 تقنية علاجية تُستخدم في علاج الأطفال والمراهقين . ومن الواضح أن هذا الرقم قد تضاعف كثيراً الآن . كما أن معظم هذه المعالجات لم تخضع للدراسة التجريبية للتحقق من فعاليتها وتأثيرها (Kazdin & Weisz, 1998) . سنناقش أولاً بعض مناحي العلاج الأكثر استخداماً ، ثم سنتحدث

عن دعم الأبحاث للتدخلات العلاجية بشكل عام ، وبعض المعالجات المستخدمة في علاج عدد من مشكلات .

العلاج بالتحليل النفسي Psychoanalytically Oriented Therapy

بالرغم من تكرار استخدام المعالجات ذات الأصول السيكودينامية بصورة متكررة في علاج الأطفال والمراهقين ، إلا أننا غالباً ما نحتاج إلى إجراء تعديل على هذه الأساليب التقليدية . إذ من غير المحتمل أن يفهم الطفل تلك المتطلبات الصارمة للمحلل التقليدي المتشدد ، وأن يلتزم بها كما يفعل الراشد ؛ فهو لا يستطيع عادةً أن يتعامل مع الطبيعة اللفظية المجردة والاستبطانية لعملية التحليل . والطفل الذي تكون لديه "أنا" ضعيفة فعلياً ، أو يعيش في بيئة منزلية مهددة مع والدين غير داعمين ، لا يكون مرشحاً جيداً لإجراءات التحليل النفسي .

على أية حال ، فأساليب التحليل النفسي المعدلة قابلة للتطبيق مع الأطفال إلى حد كبير . ومع أن أنا فرويد (Anna Freud, 1946b) اعتقدت أن الأطفال في العلاج يجب أن يحققوا الاستبصار بمشاعرهم ودفاعاتهم ، إلا أن محللين آخرين أقل تقليدية عملوا بطريقة مختلفة . إذ قللوا من تكرار المقابلات إلى مرة أو مرتين في الأسبوع . كما كان منحاهم أكثر توجهاً نحو الأعراض ، ومصمماً لتعليم الطفل أن بعض سلوكياته هي في حقيقتها دفاعات ضد القلق . وكل هذا قد يساعد الطفل على إتمام مرحلة غمائية معينة ، بدلاً من "الشفاء" من تثبيت معين مثلاً . وبشكل عام ، تُعد الاختلافات بين المناحي التحليلية تعدد اختلافات من حيث الدرجة لا النوع . فعلى سبيل المثال ، قد يتم استدراج أحلام اليقظة بدلاً من الأحلام الليلية . وفي مستوى متقدم ، قد يتم استخدام اللعب بدلاً من التعبير اللفظي المباشر كأسلوب للتواصل ، كما سنرى في الجزء التالي .

العلاج باللعب Play Therapy

بدلاً من استخدام تفسير الأحلام أو التداعي الحر ، اختار بعض المعالجين دراسة الحياة النفسية للطفل من خلال اللعب ؛ حرراً كان أو مقنناً . حيث يوضع الطفل في غرفة للعب ، تحتوي على مواد مختلفة مثل : صندوق رمل ، صلصال ، دميّ منحركة ، دميّ ، وألعاب من جميع الأنواع . وطريقة لعب الأطفال وما يختارونه من أشياء وتعبيراتهم اللفظية أثناء اللعب ، يمكن أن يكون لها جميعاً تأثيرها في الكشف أو البوح عن المكنونات الداخلية للطفل ، وتفرغ انفعالاته وعلاجه . وأحياناً قد يدخل المعالج أثناء اللعب ، ويقوم بإبداء تعليقات واقتراحات ، أو يوجه الطفل بنحو أو بآخر إلى جوانب معينة من الصراع أو المشكلات . إن طبيعة لعب الطفل قد تبين مدى ارتباطها الرمزي

بالأشخاص المهمين في حياته ، وطريقة تعامله مع القلق . . . إلخ . وفي جوهره ، يصبح اللعب بديلاً للكلام .

ومنحى سولومون (Solomon, 1955) هو أحد الأمثلة على العلاج باللعب . إذ يقوم بوضع الطفل في غرفة فيها طاولة وُضِعت عليها مجموعة من الدمى ، ثم يقوم باختيار واحدة منها ، ويسأل الطفل عما ينبغي أن يفعله بها . وأحياناً ، يتم ترتيب الدمى بحيث تمثل أسرة الطفل . وبينما يرتب الطفل الدمى ويلعب بها ، يقوم المعالج بتفسير ما يفعله الطفل ، مُيسراً التعبير عن الانفعالات من قبل الطفل . وفي هذه المرحلة ، قد يعبر الطفل عن بعض الخبرات الأسرية الملموسة ، والرغبات والأمنيات ، بل وحتى النزعات اللاشعورية . على أية حال ، فقد تطور العلاج باللعب بشكل عام ليصبح مجموعةً انتقائية وغير منظّمة من التقنيات والإجراءات .

ولم يعد العلاج باللعب مرتبطاً فقط بالمنحى السيكودينامي ، بل استُخدم أيضاً في إطار المنحى المعرفي-السلوكي (Knell, 1998) . وبالرغم من أن الأطفال قد لا يكونون قادرين على فهم ومعالجة البراعة اللغوية التي يتسم بها العلاج المعرفي مع الراشدين ، يجادل نيل (Knell, 1998) أنه يمكن للعلاج المعرفي-السلوكي باللعب أن يُحدث تغييرات معرفية وسلوكية لدى الأطفال من خلال تقنياتٍ مثل نمذجة مهارات التدبر ، وإيصال التغيير المعرفي بطريقة غير مباشرة من خلال اللعب ، وتقديم الفرص (من خلال اللعب مرةً أخرى) للطفل كي يعيد تمثيل مواقف المشكلة ، وممارسة بعض السيطرة عليها . فعلى سبيل المثال ، قام نيل (Knell, 1998) بمناقشة كيف تم استخدام العلاج المعرفي-السلوكي باللعب في حالة طفلة في الخامسة تقريباً من عمرها ، تعاني من قلق الانفصال :

تبكي الطفلة بحزنٍ شديد ، وتنشبت بأمها كلما أوشكت أن تبعد عنها . أثناء العلاج باللعب ، كان يتم تشجيع الطفلة على التعبير عن مشاعرها تجاه مخاوف الانفصال من خلال الصور والقصص واللعب بالدمى المتحركة . وأثناء اللعب بالدمى المتحركة ، قام المعالج بمساعدة الطفلة خلال تجربتها مع خوف الدمية المتحركة من أن تُترك في المدرسة ، وذلك بتوجيه الطفلة للدخول في سلسلة من النقاشات . وقد تضمنت هذه النقاشات وضع قائمة بمخاوف الدمية (مثل الخوف من عدم عودة الأم) ، إضافةً إلى قوائم من عبارات التدبر الإيجابي (مثل "أستطيع التفكير بشيء

مُفرح" ، "أستطيع التفكير بأمي التي ستعود" . ويقوم المعالج من خلال "صوت" الدمية بنمذجة مهارات التدبر التكيفية للطفلة ، ومع تقدّم العلاج ، بدأت الطفلة بدمج هذه المهارات وإدخالها في قصصها ، وفي لعبها بالدمى المتحركة ، وأخيراً في سلوكها التدبيري الخاص في المدرسة (ص . 30) .

العلاج السلوكي Behavior Therapy

لقد حلّت التقنيات السلوكية (التي تم عرضها في الفصل الرابع عشر) محل الأساليب السيكودينامية كمعالجة مفضّلة لمشكلات الطفولة . وبالنسبة للأطفال ، يبدو من الواضح دائماً أن مشكلاتهم تأتي كنتيجة مباشرة لعوامل بيئتهم أو الأشخاص الذين يسيطرون على الجوانب المختلفة من حياتهم . وعادةً ما تكون مبادئ الإشراف الاستجابي (ظهور السلوك بالإشراف الكلاسيكي) أو مبادئ الإشراف الإجرائي (استمرارية السلوك بناءً على نتائج) ملائمةً في تفسير العديد من مشكلات الطفولة . إضافةً إلى ذلك ، فهذه المبادئ يمكن تطبيقها بسهولة من قبل الوالدين والمعلّمين كجزءٍ من الخطة العلاجية . وسواء تمت من خلال تقنيات تقليل الحساسية التدريجي ، أو العلاج بالتنفير ، أو تقنيات التعاقد التبادلي ، فمعظم هذه الإجراءات تعتبر فعّالة بدرجة عالية مقارنةً بالأساليب السيكودينامية القديمة والتقليدية . فالتغيرات التي كانت سابقاً تستغرق أشهراً بل وسنيناً لكي تتمّ ، أصبح بالإمكان تحقيقها في 20 جلسة أو أقل . كما أصبح من الممكن تدريب الوالدين والمعلّمين على المحافظة على فعالية هذه التقنيات ، والمساعدة على ضمان تعميم التغيرات السلوكية على المواقف خارج نطاق العيادة .

ويشتمل برنامج التدريب على الإدارة الوالدية (parent management training) على مجموعةٍ من إجراءات العلاج المصمّمة لتعديل سلوك الطفل أو المراهق في المنزل . حيث يتمكن الوالدان من مبادئ التعلّم الأساسية (التعاقد التبادلي ، التعزيز) ، ومن ثمّ يطبقانها في المنزل . ومن شأن إشراك الوالدين في عملية المعالجة أن يزيد من احتمال تغيير السلوك لدى الطفل أو المراهق . فعلى سبيل المثال ، قام باركلي (Barkley , 1987) بتطوير برنامج لتعليم مهارات إدارة الطفل للآباء الذين يشكّون من تمرد أبنائهم وعصيانهم . وبين الجدول 20-6 نشرة معدّة لهذا البرنامج ، توجه الوالدين إلى كيفية توجيه الأوامر الفعالة .

نشرة للوالدين : كيفية توجيه الأوامر الفعالة

أثناء عملنا مع العديد من المشكلات السلوكية للأطفال ، لاحظنا أنه إذا قام الوالدان بمجرد تغيير طريقة إعطاء الأوامر لأطفالهم ، يمكنهما عادة تحقيق تغييرات ذات دلالة في طاعة الطفل لهما . ونحن نؤكد بصدق توجيه أمر أو تعليمات لطفلك ، تأكد من قيامك بما يلي :

- 1 . تأكد أنك تعني ما تقوله! أي لا تقم أبداً بتوجيه أمر لا تنوي أن تراه منفذاً بالكامل . عندما تطلب شيئاً ما ، خطط لإنجازه بنتائج مناسبة ، إما إيجابية أو سلبية ، لكي تبين أنك تعني ما قلته .
- 2 . لا تلق الأوامر وكأنه سؤال أو طلب لمعروف . ألق الأوامر ببساطة ومباشرة وبثيرة جادة إلى حد ما .
- 3 . لا تعط الكثير من الأوامر في آن واحد . معظم الأطفال قادرين على إطاعة أمر أو اثنين في وقت واحد . في الوقت الحالي ، حاول أن تعطي أمراً واحداً محدداً كل مرة . وإذا كانت المهمة التي طلبتها من طفلك غير تامة ، فقلص الأمر إلى خطوات أصغر واطلب أداء خطوة واحدة كل مرة .
- 4 . تأكد أن طفلك متنبه لك . تأكد من التواصل البصري مع لطفلك ، وإذا كان ضرورياً ، قم بإدارة وجه الطفل نحوك للتأكد من استماعه أو نظره إليك عند توجيه الأمر .
- 5 . قلل جميع المشتتات قبل توجيه الأمر . من الأخطاء الشائعة التي يقوم بها الوالدان ، محاولتهما إصدار الأوامر أثناء اشتغال التلفاز أو لستيريو أو لعبة الفيديو . لا يمكن للوالدين أن يتوقعوا من الطفل الانتباه إليهما عندما يكون هناك أمر أكثر إثارة للتسلية في الغرفة . فلماذا أن تطلب جميع هذه المشتتات بنفسك ، أو أن تخبر الطفل أن يقوم بتلك قبل توجيه الأمر .
- 6 . اطلب من الطفل تكرار الأمر . لا ينبغي للقيام بهذا مع كل طلب ، ولكن يمكن استخدامه عندما لا تكون متأكداً من أن طفلك سمع الأمر أو فهمه . ومع الأطفال ذوي فترات الانتباه القصيرة ، يبدو أن جعلهم يكررون الأمر يزيد من احتمالية اتباعه .
- 7 . اصنع بطاقات للأعمال المنزلية . إذا كان طفلك كبيراً بما فيه الكفاية للقيام بأعمال منزلية ، فقد تجد من المفيد أن تصنع بطاقة لكل مهمة خاصة بالأعمال المنزلية . ويمكن أن يكون ذلك وسيلة باستخدام ملف للبطاقات ، توضع في كل منها خطوات أداء تلك المهمة بشكل صحيح . بعد ذلك ، عندما تريد من طفلك القيام بالأعمال المنزلية ، أعطه البطاقة وأخبره أن هذا هو ما تريد منه القيام به . بالطبع ، هذا ينطبق فقط على الأطفال الذين يستطيعون القراءة . ويمكن لهذه البطاقات أن تقلل من كمية الجدل الذي يدور حول ما إذا كان الطفل قد أدى المهمة بطريقة ملائمة أم لا . ويمكنك أن تشير في البطاقة أيضاً إلى الوقت الذي يمكن أن يستغرقه العمل ، ومن ثم مؤقت العد التنازلي ، بحيث يعرف الطفل متى يجب الانتهاء من العمل بالضغط .

إذا اتبعت هذه الخطوات السبع ، فستجد تحسناً في إطاعة طفلك لأوامرك . ومع استخدامها مع الأساليب الأخرى التي سنعلمك إياها ، يمكن أن تحدث تغييرات واضحة في طريقة إصغاء الطفل وسلوكه .

يمكن لأخصائيي علم نفس الأطفال الإكلينيكي والطبي أن يقدموا الكثير من إسهاماتهم في إدارة مشكلات الأطفال أثناء إقامة هؤلاء في المستشفى . ويشمل ذلك المساعدة على تهيئة الأطفال لإجراءات طبية معينة ، ومساعدة الطفل والأسرة على تدبر مشكلاتهم الطبية اللاحقة . وتتراوح الأساليب المستخدمة هنا من التدريب السلوكي ، والتدريب على التحصين ضد الضغط النفسي ، إلى أساليب إعادة التقييم المعرفي المختلفة . وسواء كانت المشكلة مجرد خوف بسيط من الإبر ، أو الضغط والألم المرافق لتغيير ضمادات المرضى المصابين بالحروق ، فيمكن للأساليب السلوكية أن تكون مفيدة . كما أن إدارة الألم والصداع ، والالتزام ببرامج الحمية الطبية مهمة أيضاً في نطاق طب الأطفال السلوكي .

العلاج المعرفي-السلوكي Cognitive-Behavioral Therapy

في السنوات الأخيرة ، تم تطبيق العلاج المعرفي-السلوكي بشكل متزايد في التعامل مع اضطرابات مثل الاندفاعية والنشاط الزائد والقلق والاكتئاب واضطراب المسلك . والفكرة الأساسية هي تحسين القدرة على حل المشكلات والقدرة على التخطيط وتأجيل الإشباع . فمن خلال عمليات التقييم الداخلي والعبارات الذاتية ، يتعلم الطفل إخضاع سلوكه السابق المشكل أو المزعج إلى قدر معقول من السيطرة العقلانية . والوسيلة التي يتم من خلالها تحقيق ذلك هي تعديل المكونات المعرفية ، بحيث يكون الهدف النهائي هو تحقيق "نموذج تدبري" جديد وأكثر تكيفاً . (Kendall, 1993) .

العلاج الجمعي والأسري Group and Family Therapy

إن العديد من مناحي العلاج الجمعي والأسري المبينة في الفصل الخامس عشر ، يمكن تطبيقها على مشكلات الأطفال والمراهقين . فالعديد من هذه المشكلات تكون مُتعلمة ، بل وتتلور في محيط الأسرة ؛ وعادة ما يحتاج الكشف عنها إلى تعاون الأسرة وتفهمها . ولأن الأطفال يتأثرون كثيراً بأسرهم ويعدّون نتاجاً لها ، فمن المنطقي في بعض الحالات أن تتجه إلى علاج الأسرة بأكملها . وعلى أية حال ، فالدلائل المتواضعة نسبياً على الفعالية الكلية للعلاج الأسري (انظر الجدول 15-1) تشير إلى إمكانية استخدامه بصورة انتقائية مع الحالات أو الاضطرابات التي يكون فيها من الأدلة ما يدعم فعاليته في علاجها . فعلى سبيل المثال ، تشير بعض المراجعات الحديثة

للدراسات إلى أن هنالك أشكالاً معينة من العلاج الأسري التي تعالج اضطرابات القلق واضطرابات السلوك لدى الأطفال والمراهقين بفعالية (Brestan & Eyberg, 1998; Ollendick & King, 1998) (انظر الجدول 20-8) .

أما بالنسبة للعلاج الجمعي ، فتدلّ دراسات التحليل البعدي الحديثة بشكل عام على أن المعالجات الجمعية للأطفال والمراهقين كانت أكثر فعالية من المجموعتين الضابطين : قائمة الانتظار والأثر الإيهامي/الپلاسيبو (Hoag & Burlingame, 1997) حيث كان معدل حجم الأثر العام عبر المعالجات يساوي 0.61 ، مما يشير بشكل عام إلى أن الطفل أو المراهق الذي يتلقى إحدى هذه المعالجات يكون أفضل حالاً من 73% ممن هم في المجموعات الضابطة . ومع أن الدراسات القليلة التي شملت عينة هوج وبيرلينجيم (Hoag & Burlingame, 1997) حالت دون الاختبار الكافي لفعالية الأنواع المختلفة من المعالجات الجمعية والأنماط المختلفة من المشكلات الإكلينيكية ، إلا أنه يبدو من المرجح أن تكون هناك بعض أشكال العلاج الجمعي التي قد تكون فعالة مع بعض المشكلات الإكلينيكية أكثر من غيرها (كالعلاج الجمعي المعرفي-السلوكي للاكتئاب) .

هل التدخلات النفسية مع الأطفال والمراهقين فعالة؟

Are Psychological Interventions for Children and Adults Efficacious?

لقد قمنا بوصف عدد من التدخلات النفسية الأكثر استخداماً في علاج الأطفال والمراهقين ؛ ولكن ، ما مدى فعالية هذه التدخلات؟ تتفق المراجعات الحديثة للأدبيات ذات الصلة بنتائج العلاج عموماً على أن التدخلات العلاجية للأطفال والمراهقين فعالة حقاً (e.g., Kazdin, 2003; Peterson & Bell-Dolan, 1995; Weisz, Donenberg, Han, & Weiss, 1995) . وهذا الاستنتاج مبني على النتائج المتجمعة من عدد من الأدبيات التي تستند إلى نتائج دراسات أساسية بأسلوب التحليل البعدي . ويلخص الجدول 20-7 نتائج أربع من هذه الدراسات .

من الملاحظ أن حجم الأثر المقدّر في هذه الدراسات ثابت إلى حد كبير ، وقريب من نتائج الدراسات المناظرة لها من المعالجات النفسية للراشدين (Weisz, Weiss, Han, Granger, & Morton, 1995) . وعند أخذها معاً ، فإن نتائج التحليل البعدي تشير إلى أن الطفل أو المراهق الذي يتلقى المعالجة النفسية يقوم بوظائفه بشكل أفضل من 75% ممن لم يتلقوا أية معالجة .

وبالرغم من أن هذه النتائج مشجعة ، إلا أن هناك حاجة ماسة إلى مزيد من الأبحاث حول نتائج العلاج ، وذلك لعدة أسباب . أولاً ، هناك شيء من عدم التجانس في العدد الكبير من الدراسات التي أجريت على المرضى الراشدين ، مقارنةً بالأطفال أو المراهقين . وهذه الندرة في

دراسات نتائج العلاج التي أجريت على الأطفال والمراهقين تحدّ من التحليل الدقيق لها ، وبالتالي تحد من مقارنة مدى فعالية أنواع مختلفة من المعالجات الموجهة نحو المشكلات السلوكية نفسها (مثل العلاج المعرفي-السلوكي مقابل العلاج باللعب للاكتئاب عند الأطفال) ، كما تحد من تحليل تلك الخصائص المميزة للمريض أو المعالج ، التي قد تؤثر على نتائج العلاج . إضافةً إلى ذلك ، هناك أثر أولي يشير إلى أن "العلاج الإكلينيكي" المعتاد الذي يتم في العيادة ، أقل فعاليةً من "العلاج البحثي" (Weisz, Donenberg, et al., 1995) . ولأن الأدبيات المنشورة تشير إلى أن الأبحاث عادةً ما تستخدم مرضى متطوعين (دون إحالة إكلينيكية) ، وتركيزاً ضيقاً (ليس واسعاً أو متعدداً) على المشكلات التي يتم علاجها ، ومعالجات مختصرة ومحددة زمنياً ، ومعالجات سلوكية أساسية ، فإن تعميم نتائج التحليل البعدي على المواقف التي تتضمن العلاج النفسي كما يتم عادةً ، قد يكون مشكلة . فعلى سبيل المثال ، باءت دراسة حديثة صُممت لمعرفة ما إذا كان العلاج النفسي المقدم للطفل - كما يتم في العيادات - فعالاً ، بالفشل في إيجاد دليل على تفوقه مقارنةً بالمواقف المضبوطة (Weiss, Catron, Harris, & Phung, 1999) .

فعلى الأبحاث التي تتناول التدخلات النفسية المقدمة للأطفال والمراهقين في المستقبل ، أن تتجه نحو هذه القضايا النهجية وغيرها (Kazdin, 2003; Kazdin & Weisz, 1998; Peterson & Bell-Dolan, 1995; Weisz, Donenberg, et al., 1995) . إضافةً إلى ذلك ، فهذه النتائج تشير إلى أن الجهود يجب أن تتجه نحو تطوير المعالجات الفعالة وتطبيقها في المواقف الإكلينيكية التقليدية (Kazdin & Weisz, 1998; Weiss et al., 1999)

الجدول 20-7 معدل حجم الأثر والنسبة المكافئة للتدخلات العلاجية المستخدمة في معالجة الأطفال والمراهقين

| دراسة التحليل البعدي | حجم الأثر | النسبة المكافئة |
|--|-----------|-----------------|
| كاسي وبيرمان (Casey & Berman, 1985) | 0.71 | %76 |
| ويز وزملاؤه (Weisz et al., 1987) | 0.79 | %79 |
| كازدين وزملاؤه (Kazdin et al., 1990) دون مجموعة ضابطة للمعالجة | 0.88 | %81 |
| كازدين وزملاؤه (Kazdin et al., 1990) مع ضبط فعال | 0.77 | %78 |
| ويز ، ويس ، وزملاؤهما (Weisz, Weiss, et al., 1995) | 0.71 | %76 |
| ملاحظة : تشير النسبة المكافئة إلى نسبة أولئك الذين لم يتلقوا المعالجة ، والذين تفوق عليهم أولئك الذين تلقوا المعالجة قيد التجربة . | | |

وبعيداً عن السؤال حول ما إذا كانت المعالجات المقدمة للأطفال والمراهقين فعالة أم لا ، من المثير للاهتمام تقييم المزايا التي تتحلّى بها تدخلات نفسية معينة ، وموجهة لمشكلات محددة ، يتعامل معها أخصائيو علميّ نفس الأطفال الإكلينيكي والطبي (Kazdin, 2003) . وقد يتذكر القارئ أننا عرضنا في الفصل الحادي عشر معلومات حول المعالجات المدعّمة تجريبياً لعدد من المشكلات التي يعالجها الأخصائي الإكلينيكي (انظر الجدول 11-15) . ولم يظهر سوى عدد قليل نسبياً من التدخلات المقدمة للأطفال والمراهقين في تلك القائمة . وكاستجابة جزئية لهذه الحركة في تقييم الدعم التجريبي للتدخلات العلاجية ، بدأ أخصائيو علم نفس الأطفال الإكلينيكي والطبي بالتقييم المنهجي للأبحاث التجريبية القيّمة ، للتعرف على التدخلات العلاجية المدعّمة تجريبياً للأطفال والمراهقين .

وقد لحّصنا في الجدولين 8-20 و 9-20 نتائج المراجعات الحديثة للأدبيات المتعلقة بالتدخلات في علميّ نفس الأطفال الإكلينيكي والطبي على التوالي . وكما نرى ، فهناك عدد من التدخلات المدعّمة تجريبياً في معالجة مشكلات مثل الاكتئاب ، المخاوف المرضية ، اضطراب القلق ، اضطراب المسلك ، وعجز الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (الجدول 8-20) . وتعود جميع هذه المعالجات تقريباً إلى المنحى السلوكي أو المعرفي-السلوكي . وكذلك ، فإن المعالجات السلوكية والمعرفية-السلوكية تهيمن على قائمة المعالجات المدعّمة تجريبياً في علم نفس الأطفال الطبي (الجدول 9-20) . وتستهدف هذه المعالجات مشكلات مثل الصداع المتكرر ، آلام البطن المتكررة ، الآلام المرافقة للإجراءات الطبية ، السُمنة لدى الأطفال ، نوبات الربو ذات الأساس الانفعالي ، والآثار الجانبية للعلاج الكيميائي للسرطان .

باختصار ، تشير أدبيات البحث بشكل عام إلى فعالية استخدام المعالجات النفسية في حل مشكلات الأطفال والمراهقين . إضافةً إلى ذلك ، فقد حددت المراجعات الحديثة بعض التدخلات العلاجية التي تمّ دعمها تجريبياً في علاج مشكلات معينة في الطفولة والمراهقة .

المعالجة النفسية الدوائية Psychopharmacological Treatment

بالرغم من أن تركيزنا في هذا الفصل ينصبّ على المعالجات النفسية للمشكلات التي تواجه الأطفال والمراهقين ، إلا أنه من المهم أن نناقش بإيجاز استخدام الأدوية مع هاتين الفئتين . إذ قد تُستخدم هذه الأدوية وحدها أو كعنصر يضاف إلى العلاج النفسي في معالجة الأطفال والمراهقين . وبالرغم من أن عدد الأبحاث هنا أقل بكثير من تلك التي أجريت على الراشدين ، إلا أنه يمكننا هنا تقديم بعض الأمثلة على الأدلة البحثية الحديثة لاستخدام الأدوية .

الجدول 20-8 أمثلة على التدخلات العلاجية مع الأطفال والمراهقين، التي نالت دعماً
تجريبياً لفعاليتها

| المشكلة | المعالجة | المصدر الذي وردت فيه المراجعة |
|------------------------|---|---|
| الاكتئاب | العلاج المعرفي-السلوكي . العلاج اليبين-شخصي . | Kaslow & Thompson (1998); Asarnow, Jaycox, & Thompson (2001) Kaslow & Thompson (1998) |
| الخوف المرضية (لقوبيا) | تقليل الحساسية التدريجي . النمذجة (بالأفلام وبصورة حية) . الإشراف الإجرائي (بممارسة التعزيز) . العلاج المعرفي-السلوكي . | Ollendick & King (1998) |
| اضطرابات القلق | العلاج المعرفي-السلوكي . العلاج المعرفي-السلوكي مع إدارة القلق الأسري . | Ollendick & King (1998) |
| العصيان واضطراب المسلك | برنامج التنريب الوالدي (باترسون) . تدريب الوالدين المنمذج بالفيديو . التدريب على إدارة الغضب مع التحصين ضد الضغط النفسي . العلاج بتدبير الغضب . التدريب على توكيد الذات . برنامج الوقاية من الجنوح . العلاج متعدد الأنظمة . العلاج التفاعلي بين الوالدة والطفل . تدريب الوالدين . التدريب على مهارات حل المشكلات . العلاج العقلاني الانفعالي . | Brestan & Eyberg (1998); Kazdin (2002); Sheldrick, Kendall, & Heimberg (2001) |

العلاج بالعرزل لفشرة معينة مع إشارة
الجلوس .

اضطراب تشتت الانتباه . التدريب السلوكي للوالدين .
Pelham, Wheeler, & Chronis (1998) تعديل السلوك في الصف .
والشباط الزائد

ملاحظة : المعالجات المذكورة هنا طبقت منحهات للمعالجات "جيدة البناء" أو "مرححة الفعالية"، وفقاً لإرشادات الهيئة المكلفة
بتعظيم الإجراءات النفسية ونشرها (Task Force on Promoting & Dissemination of Psychological Procedures, 1995) (انظر لفصل الحادي عشر لمزيد من التفاصيل)، أو تلك التي تم إجراء محاولات مضبوطة لدراساتها مع
التوصل إلى نتائج إيجابية .

الجدول 20-9 أمثلة على المعالجات النفسية الاجتماعية المدعمة تجريبياً في علم نفس
الأطفال الطبي

| المصدر الذي وردت فيه المراجعة | المعالجة | المشكلة |
|----------------------------------|---|--|
| Holden, Deichmann, & Levy (1999) | الاسترخاء/التنويم الذاتي . | الصداع المتكرر |
| Janicke & Finney (1999) | التغذية الحيوية الراجعة الحرارية . | ألم البطن المتكرر |
| Powers (1999) | العلاج المعرفي-السلوكي . | الألم المصاحب للإجراءات الطبية |
| Jelalian & Sealens (1999) | العلاج المعرفي-السلوكي . | السمنة عند الأطفال |
| McQuaid & Nassau (1999) | تعديل السلوك . | الربو ذو الأساس الانفعالي |
| McQuaid & Nassau (1999) | التغذية الحيوية الراجعة (بالخطيط الكهربائي للعصلات) (EMG) . | الآثار الجانبية للعلاج الكيميائي للسرطان |
| | الاسترخاء . | |
| | التخيل مع الإيحاء . | |
| | التثبيت مع الاسترخاء . | |

كثيراً ما تُستخدم الأدوية في علاج أولئك الذين يعانون من اضطراب عجز الانتباه والنشاط الزائد (Pelham & Hinshaw, 1992) (ADHD). ومن الأدوية التي توصف باستمرار لهذا الاضطراب: الميثولفنيديت (الريتالين) (Methylphenidate (Ritalin)) أو غيره من الأدوية المنبهة. وقد كان هذا الدواء موضوعاً لمعظم الدراسات التي تناولت المعالجة النفسية الدوائية لاضطراب عجز الانتباه والنشاط الزائد (Farmer, Compton, Burns, & Robertson, 2002). وبشكل عام، تشير الدلائل المتوافرة إلى أن العلاج الدوائي لهذا الاضطراب فعال حقاً (ربما أكثر من المعالجات النفسية الاجتماعية)، ويعمل على التخفيف من كلا العرضين الأساسيين له (عجز الانتباه والنشاط الزائد) إضافة إلى الأعراض المصاحبة (مثل المعارضة) (Farmer et al., 2002). وباستخدامهما معاً، فإن الدواء والمعالجة النفسية الاجتماعية لاضطراب عجز الانتباه والنشاط الزائد يؤديان إلى نتائج إيجابية أكثر، بالرغم من أنها لا تكون ذات دلالة دائماً (Farmer et al., 2002).

وتُستخدم الأدوية في علاج عددٍ من الحالات الأخرى المصاحبة لمرحلة الطفولة والمراهقة، فيما لم تُثبت المعالجة التقليدية بمضادات الذهان الثلاثية فعاليتها بصورة ثابتة في علاج اكتئاب الطفولة (Compton, Burns, Egger, & Robertson, 2002). ومن بين اضطرابات القلق، فقد أظهرت الأدوية فعاليتها في علاج اضطراب الوسواس والأفعال القهرية لدى الأطفال (Compton et al., 2002). وتُعتبر هذه النتيجة مهمة لأن الأبحاث المتوافرة حول فعالية العلاج النفسي الاجتماعي لهذا الاضطراب قليلة نسبياً.

الوقاية Prevention

حين تناول صفحةً من أي كتاب في علم النفس المجتمعي (انظر الفصل السادس عشر)، نجد أن أخصائيي علمي نفس الأطفال الإكلينيكي والطبي يهتمون بشكل خاص بالوقاية من مشكلات الطفولة. وبالطبع، فإن الوقاية والعلاج نشاطان متداخلان ومرتجان مع بعضهما بعضاً. ولربما يتذكر القارئ من الفصل السادس عشر أن الوقاية الأولية تُعرّف على أنها التدخل في المشكلات قبل أن تسنح لها فرصة التطور، وتتضمن الوقاية الثانوية المعالجة الهادفة إلى تقليل آثار تلك المشكلات. وبالتأكيد، يرغب أخصائيو علم نفس الأطفال الإكلينيكي أو الطبي بالوقاية من المشكلات قبل ظهورها، أو التعرف عليها على الأقل قبل فقدان زمام السيطرة عليها. وفي كل الأحوال، فإن موقف المختصين بعلمي نفس الأطفال الإكلينيكي والطبي موقفٌ فاعل وإيجابي (Peterson, Zink, & Farmer, 1992).

وفي سياق ممارسة طب الأطفال ، يفضل روبرتس (Roberts,1986) استخدام مصطلح التوجيه الاستباقي (anticipatory guidance) ، أي استخدام الإرشاد والتعليم مسبقاً قبل ظهور الصعوبات . فعلى سبيل المثال ، قد يتم إرشاد الوالدين حول كيفية القيام بـ "وقاية الطفل" في المنزل خلال مراحل مختلفة من حياته . وقد يشمل ذلك أي شيء تقريباً ، من تغطية الموصلات الكهربائية إلى وضع حواجز للسلالم . وعلى المستوى النفسي ، قد يتضمن ذلك تقديم المعلومات حول تهيئة الطفل لولادة أخ أو وفاة جد . وفي حالة الطفل الذي يعاني من التليف المثاني ، فقد يأخذ الأمر صورة إرشاد الطفل حول طريقة الاستجابة لمضايقات الأطفال الآخرين له ، نتيجة صعوباته الجسدية الناجمة عن المرض .

ولطالما كان وما يزال التعرف على الأفراد المعرضين لاحتمالات تطور المشكلات لاحقاً ، أحد أهم مبادئ علم النفس المجتمعي . ومن الأمثلة على ذلك التعامل مع الأطفال الذين يدخلون المستشفى . وكما ذكرنا سابقاً في نقاشنا ضمن إطار طب الأطفال السلوكي ، هناك الكثير مما يمكن تقديمه لأولئك الأطفال ؛ حيث صُممت العديد من البرامج لتزويدهم بالمعلومات ، وتشجيعهم على التعبير الانفعالي ، ومنحهم استراتيجيات للتدبر ، ومساعدتهم على بناء علاقات تتسم بالثقة . إضافة إلى ذلك ، وكما ذكرنا في الفصل السابع عشر ، فقد تم تطوير عدد من الأفلام وأشرطة الفيديو لمساعدة الأطفال على التعامل مع التدخلات العلاجية الطبية .

وللمساعدة على الوقاية من المشكلات الجسدية ، بدأت برامج الحماية الموجهة للأطفال بالتعامل مع قضايا تتراوح من قطع الشارع بأمان ، إلى تجنب الاختطاف أو التحرش . كما تم تطوير برامج تهدف إلى تدريب الأطفال على استخدام مفاتيح المزلاج . وتشير الأبحاث إلى أن استخدام بعض التوصيات المحددة مع الوالدين وإرشادهم من قبل أخصائي علم نفس الأطفال الطبي ، سيزيد من استخدامهم الآمن للسيارات . ومؤخراً ، بدأت المحاولات تتجه إلى دمج الأبحاث المتعلقة بإصابات الطفل مع الأبحاث المتعلقة بالإساءة إلى الطفل وإهماله ؛ وذلك نظراً لتشابه التدخلات العلاجية المستخدمة للوقاية من الأذى في كلا الموقفين (Paterson & Brown,1994) . ويعرض لنا الجدول 10-20 نموذجاً للتدخل المتتابع الذي يهدف إلى الوقاية من الإهمال والإساءة إلى الأطفال ، الذين يعيشون في أسر تزداد فيها عوامل الخطورة (Paterson & Brown,1994) . وهذا النموذج ليس إلا عينة مختصرة من العديد من التوجهات الوقائية التي تميز علم نفس الأطفال الطبي في يومنا هذا .

ولكي لا يعتقد القارئ أن أخصائي علم نفس الأطفال الطبي فقط (دون أخصائي علم نفس الأطفال الإكلينيكي) هم الذين تشغلهم مسائل الوقاية ، فمن المفيد أن نذكر أن بعض الأبحاث

التي تمت مراجعتها بأسلوب التحليل البعدي من قبل ديرلاك وويلز (Durlack & Wells, 1997) - التي تناولت 177 برنامجاً للتدخل الأولي تم تصميمها لوقاية الأطفال والمراهقين من مشكلات الصحة النفسية - (والمبيّنة في التوضيح 16-3) أشارت إلى أن برامج التدخل هذه في المعدل كانت فعالة في التخفيف من المشكلات ، وكانت آثارها دائمة ومستقرة عبر الزمن . لكن معظم هذه التدخلات لم تأخذ مكانها في الأماكن الطبية . بالتالي ، فالوقاية ليست ميداناً حصرياً لأخصائي علم نفس الأطفال الطبي ، إذ أصبح أخصائيو علم نفس الأطفال الإكلينيكي أكثر انخراطاً فيه كذلك . وتشمل أمثلة برامج الوقاية التي تتم خارج الأماكن الطبية برامج التدخل المبكر والوقاية المبكرة للتقليل من اضطرابات القلق لدى الأطفال من عمر 7 أعوام إلى 14 عاماً المعرضين لهذه المشكلات (Dadds et al., 1999) ، وبرنامج التدخل لأبناء المطلقين (Pedro-Carroll, 1997) الموجه نحو تحسين تكيف الأطفال والمراهقين تجاه الطلاق .

الاستشارة Consultation

لطالما كانت علاقات الاستشارة والاتصال من الأمور التقليدية في الحياة المهنية لأخصائي علم نفس الأطفال الطبي . وقد وصف دروتار (Drotar, 1995) وروبرتس (Roberts, 1986) عملية الاستشارة بصورة مطوّلة إلى حد ما ، وسنناقش النماذج التي أشارا إليها في الجزء التالي . وبالرغم من أن تركيزنا هنا ينصبّ على أخصائي علم نفس الأطفال الطبي ، إلا أن العديد من النقاط تنطبق أيضاً على أخصائي علم نفس الأطفال الإكلينيكي أيضاً .

ونظراً لطبيعة المشكلات التي تبرز في الأماكن التي تُعنى بطب الأطفال ، فقد أصبحت الاستشارة جزءاً مكتملاً لدور الأخصائي النفسي . ويمكن تقديم الاستشارة للوالدين وأطباء الأطفال والفريق الطبي ، وإدارة المدارس ومؤسسات المعونة الاجتماعية ، والجهاز القضائي الذي يُعنى بالأحداث ، وغيرها من المراكز القائمة على تقديم الخدمات الصحية والرعاية . وتشمل الاستشارة مدى واسعاً من المشكلات ، تتراوح من تلك الطبية النفسية أو النفسية الجسمية أو النمائية ، إلى أي نوع من الصعوبات المرتبطة بالمرض ، وأية مشكلات أخرى مألوفة في أماكن الرعاية الصحية . ويقوم أخصائيو علم نفس الأطفال بشكل خاص بتقديم الاستشارة لأطباء الأطفال ، والذين يلجؤون لاستشارة الأخصائي النفسي بالقدر الذي يستشيرون فيه أخصائيين آخرين كأطباء القلب أو الأورام . ولأن أطباء الأطفال يواجهون مثل هذا المدى الواسع من الأطفال الأصحاء والمرضى أيضاً (ربما أكثر من أي تخصص آخر أثناء المراحل الأولى من النمو) ، فهم غالباً ما يواجهون مشكلات يفتقرون إلى التدريب أو المعرفة السابقة بها ، أو حتى الرغبة في معالجتها . لذا ، نجدهم يلجؤون إلى الأخصائي النفسي .

الجدول 10-20 خطة علاجية مقترحة لوقاية الأطفال من الإساءة/الإهمال في الأسر التي تزداد فيها احتمالات الخطورة

| الجلسة | موضوعات الجلسة |
|--------|--|
| 1 | مقدمة : الأمور المتعلقة بالإجراءات ، الأهداف ، الأتعاب ، اللقاءات ، الألفة بشكل عام . |
| 2 | أولاً : أسس حل المشكلات (أي إدراك مشكلات الحياة المعتادة وتعريفها ، وضع الأهداف ، تطوير الخيارات ، وضع خطة المدخلات ، وتقييم النتائج) . |
| 3-4 | ثانياً : الوالدية الإيجابية : الابتهاج بوجود الطفل . 1 . إعادة التركيز على النمو الطبيعي ، وكيفية الابتهاج بما يتكشف من قدرات لدى الطفل . 2 . الأنشطة المتبادلة : اللعب الذي يسيّره الطفل ، والتعزيز المتبادل . 3 . النظر إلى العالم من خلال عيني الطفل . |
| 5-6 | ثالثاً : مهارات التمسك الوالدية : أ . المهارات العامة : 1 . تعريف السلوكات والأهداف . 2 . إدراك الأهداف المناسبة للمرحلة النمائية . 3 . تعريف الأحداث السابقة للسلوكات ونتائجها . 4 . تعريف المكافآت . 5 . وضع مستوى معقول من الضبط . |
| 7 | ب . مهارات توجيه الأوامر : 1 . كيفية الطلب بحيث يتم ضمان الطاعة (الأوامر البسيطة) . 2 . معقولية الطلب . |
| 8-9 | ج . التقليل من الاستجابة : 1 . التجاهل . 2 . مكافأة عدم القيام بالسلوك السلبي . 3 . العزل لفترة معينة . 4 . تجاوز مرحلة "اختبار الحدود" . |
| 10 | د . زيادة الاستجابة : 1 . استخدام المكافأة أو الهدايا . 2 . تحديد نظام المكافآت : مكافآت مناسبة ، نظام جمع الفيشات . |

- 11 أ . حماية الطفل :
 - 1 . الانضباط والإساءة : كيف يمكن أن يتحول الضبط إلى إساءة ، وثنائج الإساءة .
 - 2 . مسؤولية اختيار مؤسسات لرعاية التي لا تسيء للأطفال .
 - 3 . أنواع أخرى من الإصابات (وقاية الطفل) .
 - 4 . الإشراف .
 - 5 . الطفل كشخص مهم لدى الأم : العمل على حمايته .
- 12 ب . مواجهة تحديات الرعاية الوالدية : كيفية الحفاظ على المهارات الوالدية ومواجهة تحديات أخرى خارج الجماعة .
- 13-14 خامساً : إدارة الغضب .
- أ . رؤية الذات من خلال عيني الطفل .
 - 1 . تذكر الوالد لأبويه وغضبهما .
 - 2 . تحديد كيفية الشعور عند التعرض لغضب شخص آخر .
- ب . البرمجة اللغوية العصبية .
 - 1 . الغضب كشعور أو كلون أو كحالة .
 - 2 . القوة اللازمة لتغيير هذه الحالة .
- ج . العلاج السلوكي .
 - 1 . الاسترخاء .
 - 2 . الوعي بالأمور التي تثير الغضب .
 - 3 . صمامات الأمان .
 - 4 . تقدير الذات .
 - د . الرعاية الوالدية الناجحة في التقليل من الغضب .
- 16 سادساً : الانفتاح والمراجعة .

المصدر : Integrating Child Injury and Abuse-Neglect Research: Common Histories, by L. Paterson & D. Brown, (1994) Psychological Bulletin, Etiologies, and Solutions, 116, 293-315. The American Psychological Association.

وقد تتم الاستشارة أثناء ممارسة العمل في المستشفى ، أو في العيادات الخارجية . ويمكن أن تتضمن طلباً بالمساعدة الفورية والمختصرة ، أو بالتدخل طويل الأمد . وقد تأخذ هذه الاستشارات شكل حوار في رواق ، أو محادثة هاتفية سريعة ، أو دراسة حالة أو تقرير كتابي . وقد تتم بعض التدخلات مع الطفل مباشرة ، بينما تتضمن أخرى العمل مع الأسرة أو فريق طب الأطفال . وفي الواقع ، هناك عدد من نماذج الاستشارة (e.g., Drotar, 1995) التي يمكن مناقشة بعضها الآن .

نموذج الوظائف المستقلة Independent Functions Model

يعمل الأخصائي النفسي هنا كمختص ، ويقوم بتشخيص وعلاج المرضى الذين تتم إحالتهم إليه من قبل طبيب الأطفال (أو غيره من المختصين) . وللهذه الأولى ، قد لا يوحي هذا النموذج بوجود أي تعاون ، إلا أنه في الواقع يتضمن تبادل معلومات بين كلا الطرفين قبل رؤية المريض وبعدها . ولهذا النموذج عدة إيجابيات (Drotar, 1995) . إذ يراه الأخصائيون في الطب -مثل أطباء الأطفال- عادياً ومريحاً . إضافةً إلى ذلك ، فهو نموذج ملائم ومُجد من حيث الكلفة . على أية حال ، فلا اتصال محدود قد يؤدي إلى استشارات أقل شمولاً ، وفرصاً أقل للتدريب (Drotar, 1995) .

نموذج الاستشارة غير المباشرة Indirect Consultation Model

وفي هذه الحالة ، يحتفظ طبيب الأطفال بالمسؤولية الأساسية في إدارة المريض ورعايته . وفي أفضل الأحوال ، يكون اتصال الأخصائي النفسي محدوداً بالمريض نفسه ، ويقدم إسهاماته عن طريق الطبيب (أو مختصين آخرين) . ومثل هذا النوع من الاستشارة يميز المراكز الطبية ، حيث تكون الوظيفة الأساسية هي التعليم . وعادةً ما يكون دور الأخصائي النفسي تعليمياً أو إشرافياً ، خصوصاً عندما يتعلق الأمر بأطباء الأطفال المقيمين . ويمكن أن يشمل هذا النوع من الاستشارة (أ) الاتصال المختصر ، مثل المكالمات الهاتفية أو الاستشارات غير الرسمية في الأروقة ، (ب) تقديم المعلومات من خلال حلقات البحث أو المؤتمرات أو ورشات العمل أو التدريب الخدماتي لمهن أخرى ، أو (ج) المواقف التي يتحمل فيها مختص آخر المسؤولية عن التدخلات السلوكية أو النفسية الاجتماعية التي يوصي بها الأخصائي النفسي . فعلى سبيل المثال ، قد يقوم الأخصائي النفسي بوضع إرشادات معينة وإعطائها لأطباء الأطفال ، والذين يقومون بتطبيقها بأنفسهم ، أو بالإشراف على الوالدين اللذين يقومان بالتدخل الفعلي . ويمكن أن تشمل هذه الإرشادات كيفية التعامل مع معلومات مثل ثورات الغضب ، التبول أثناء النوم ، مشكلات تناول الطعام ، أو إدارة السلوك بشكل عام . وقد قدّم روبرتس (Roberts, 1986) قائمة من الإرشادات أو التعليمات لتقييم مشكلات الطفولة وعلاجها .

وكما ذكر دروتار (Drotar,1995) ، فمن الأرجح أن يتم تلقي الاستشارة غير المباشرة ، وأن تكون هذه الاستشارة فعالة إذا تبعته تطبيقات معينة . على أية حال ، فعلى هذا النوع من الاستشارات بعض المآخذ ، كما أن له مساوئه (Drotar,1995) . إذ قد يستهلك هذا النموذج كثيراً من الوقت ، وربما يُنظر إليه وكأنه يقلل من قيمة الوقت الذي يتم قضاؤه في تقديم الخدمات الإكلينيكية المباشرة . إضافة إلى ذلك ، عادةً ما يرغب أطباء الأطفال وغيرهم من العاملين في المهن الطبية بحلول فورية ، والتي كثيراً ما تقف في طريقها تعقيدات المشكلات الإكلينيكية .

نموذج الفريق المشترك Collaborative Team Model

وهناك نموذج ثالث يمثل ما يراه بعضهم على أنه تعاون حقيقي . وهنا ، يعمل طبيب الأطفال والأخصائي النفسي والمرضى أو غيرهم معاً ، ويتشاورون المسؤولية واتخاذ القرارات . ويمكن الإشارة إلى ذلك بـ "الإدارة المشتركة للحالة" . وهنا ، يعمل الأخصائيون معاً انطلاقاً من أنهم متساوون في الوظيفة . بالطبع ، لا يكون مثل هذا النموذج متاحاً دائماً في المواقف غير التعليمية/البحثية ؛ لعدد من الأسباب العملية والتمويلية . على أية حال ، فمثل هذا النموذج يعتبر ملائماً بشكل خاص للحالات التي يكون من الواضح أنها تتضمن كلا المنحيين الطبي والنفسي . وتتطور الاستشارة الفعالة للفريق المتعاون مع الزمن لدى أولئك الذين عملوا معاً بشكل وثيق ، والذين يحترمون وجهات النظر المتبادلة بينهم ، والذين يقدمون خبرة متممة لتلك التي يمتلكها الأعضاء الآخرون في الفريق (Drotar,1995) . ويكمن التحدي الأكبر لأفراد الفريق في قدرتهم على التعلم بعضهم من بعض ، وفي تطويرهم لمهارات مهنية جديدة ، ومحافظة على هوياتهم المهنية الخاصة (Drotar, 1995) .

التدريب Training

لقد قفزت مسائل التدريب في ميداني علم نفس الأطفال الإكلينيكي وعلم نفس الأطفال الطبي إلى المقدمة في السنوات الأخيرة . ويعزى ذلك جزئياً إلى تنامي الاهتمام بالمسائل الصحية والطبية ، وتطور التعاون ما بين الطب وعلم النفس .

فقد قدم روبرتس وزملاؤه (Roberts et al.,1998) نموذجاً لتدريب الأخصائيين النفسيين المعنيين بتقديم الخدمات للأطفال والمراهقين . وتنطبق هذه التوصيات على أولئك الذين يريدون أن يصبحوا أخصائيين في علم نفس الأطفال الإكلينيكي أو علم نفس الأطفال الطبي ، وذلك بالرغم من إمكانية وجود متطلبات إضافية للتدريب بالنسبة لهم . وقد وضع روبرتس وزملاؤه (Roberts et al.,1998) توصياتهم وفق عناوين رئيسية ، كما يلي :

- 1 . علم نفس النمو عبر مراحل الحياة : يجب على المتدربين أن يحصلوا على المعرفة والخبرة اللازميتين فيما يتعلق بعمليات النمو (الاجتماعي ، المعرفي ، الانفعالي ، السلوكي ، الجسمي) ، وكيف يمكن لها أن تؤثر في التقييم والتشخيص والعلاج والنتائج .
- 2 . الأمراض النفسية التطورية في المراحل النمائية المختلفة : ينبغي إحاطة المتدربين بالمعلومات المتعلقة بالاضطرابات العقلية والانفعالية والنمائية ، وبأنماط النمو غير السوي .
- 3 . أساليب تقييم الطفل والمراهق والأسرة : على المتدربين أن يتعلموا كيفية تطبيق وتفسير أدوات التقييم (العقلي ، السلوكي ، الأسري ، الإطار الثقافي المشترك ، والشخصية) المستخدمة عادة مع الأطفال والمراهقين . وينبغي عليهم التركيز على التقييمات المدعمة تجريبياً ، وتقدير كيفية تأثرها أحياناً بالعوامل الإثنية أو الخلفية الثقافية أو العجز .
- 4 . استراتيجيات التدخل : ينبغي على المتدربين الإلمام بأهم التدخلات العلاجية المقدمة للأطفال/المراهقين والوالدين والأسرة والمدرسة والمجتمع المحلي ، إضافة إلى الاطلاع على أدبيات البحث المتعلقة بفعاليتها وتأثيرها .
- 5 . أساليب البحث وتقييم الأنظمة : ينبغي أن يألف المتدربون أساليب البحث ، بحيث يتمكنون من إجراء التقييم النقدي لأساليب التقييم والمعالجات والخدمات . إضافة إلى ذلك ، ينبغي أن يكون المتدربون قادرين على إجراء أبحاث حول موضوعات حيوية ومهمة .
- 6 . القضايا المهنية والأخلاقية والقانونية : يجب أن يكون المتدربون على علم بالقضايا ذات الصلة بالأطفال والمراهقين والأسر . ويمكن أن تتضمن هذه القضايا الإبلاغ عن الإساءة إلى الطفل ، والوصاية ، والسرية ، وواجب الحماية ، والقوانين المحلية والفيدرالية ذات الصلة .
- 7 . مسائل التنوع : يجب أن يقدر المتدربون دور الإثنية والثقافة ، وكيف تؤثر المعتقدات والتوقعات المختلفة على التقييم والتدخل العلاجي والتفاعل بين أنظمة تقديم الخدمات وبين الأطفال والمراهقين وأسرهم .
- 8 . تعدد التخصصات وأنظمة تقديم الخدمات : لقد أصبحت الخدمات المقدمة للأطفال والمراهقين أكثر تداخلاً بين التخصصات من حيث طبيعتها ، وتتضمن أنظمة مختلفة من تقديم الخدمات . وينبغي على المتدربين الاطلاع على تخصصات أخرى (ممارسة طب الأطفال وطب الأسرة ، الخدمة الاجتماعية) وكيف يتعاظم المختصون في هذه التخصصات مع المشكلات .
- 9 . الوقاية ودعم الأسرة وتعزيز الصحة : يجب أن يكون المتدربون على معرفة بأنواع أخرى من التدخل العلاجي ، التي تساعد في تحسين نوعية الحياة والوقاية من المشكلات مستقبلاً .

10 . الظروف الاجتماعية التي تؤثر على الأطفال والمراهقين والأسر : هناك عدد من الظروف الاجتماعية (الكوارث الطبيعية ، الإساءة والإهمال ، العنف) التي يمكن أن تؤثر بدرجة كبيرة على صحة الأطفال والمراهقين وأسرهـم . وينبغي على المتدربين أن يكونوا على علم بهذه الشدائد المحتملة ، وأن يقدروها حق التقدير .

11 . الخبرة المختصة بالتقييم والتدخل العلاجي والاستشارة : ينبغي على المتدربين اكتساب مدى واسع من الخبرات التطبيقية ، مع مجموعات متنوعة من الأطفال والمراهقين وأسرهـم . وهذا يعني العمل في أماكن مختلفة (مثل المستشفيات الطبية ومؤسسات الصحة النفسية في القطاع العام) .

ويعتقد روبرتس وزملاؤه (Roberts et al.,1998) أن التدريب في هذه المجالات ينبغي أن يتم من خلال المساقات التعليمية ، والملاحظة في المواقف التطبيقية أو البحثية ، وتقديم الخدمات تحت الإشراف المختص . ويمكن الحصول على هذه الخبرات في مراحل التدريب الذي يسبق الدكتوراة ، وأثناء سنوات الإقامة ، وبعد الحصول على الدكتوراة .

وبالنسبة للتدريب المختص في علم نفس الأطفال الطبي ، يلاحظ دروتار (Drotar,1998) أن المتطلبات المنوطة بأخصائيي علم نفس الأطفال الطبي معقدة جداً . وعلى أقل تقدير ، يجب أن يتعلم أخصائيو علم نفس الأطفال الطبي كيفية الاستشارة والتعاون مع الأطباء ، وإدراك المشكلات الإكلينيكية التي يواجهونها في مواقف طب الأطفال ومعالجتها ، وتعليم القائمين على تقديم خدمات الرعاية الأولية مبادئ السلوك والنمو ، والمشاركة في الأبحاث المتداخلة بين التخصصات . ويمكن تحقيق هذه الأهداف التدريبية من خلال المساقات التعليمية ، وملاحظة أخصائيي علم نفس الأطفال الطبي في هذه المواقف ، والخبرة الفعلية والمباشرة في الميدان .

مستقبل علمي نفس الأطفال الإكلينيكي والطبي

The Future of Clinical Child and Pediatric Psychology

ما الذي ينتظر علمي نفس الأطفال الإكلينيكي والطبي؟ سنذكر هنا عدداً من التغيرات والقضايا التي ستواجه هذين التخصصين في المستقبل :

1 . المسائل المتعلقة بالإثنية والعرق والثقافة : مع الزيادة في تنوع سكان الولايات المتحدة الأميركية ، ينبغي على الإكلينيكيين والباحثين على حد سواء الالتزام بتقديم خدماتهم للأطفال والمراهقين من الأقليات أو الجماعات الأقل تمثيلاً في المجتمع (Fisher et al., 2002) .

حيث تشير الدلائل الديموغرافية إلى وجود نقص كبير في المختصين لتلبية احتياجات هؤلاء الأطفال والمراهقين . لذا تحتاج برامج التدريب إلى تقديم التعليمات والخبرات اللازمة لتأهيل الأخصائيين بشكل ملائم في ميداني علم نفس الأطفال الإكلينيكي وعلم نفس الأطفال الطبي ، لتلبية هذه الاحتياجات .

2 . البحث : كما ذكرنا سابقاً ، هناك حاجة لمزيد من البحث حول التدخلات العلاجية اللازمة للأطفال والمراهقين . كما أن الأبحاث المتعلقة بتقييم دور العوامل الإثنية والعرقية والثقافية ، لها أهميتها الحاسمة أيضاً (Fisher et al., 2002) . ويقدم فوستر ومارتينز (Foster & Martinez, 1995) وجهة نظر جيدة في القضايا المفاهيمية والمنهجية التي ينبغي أخذها بالاعتبار في هذا النوع من الأبحاث .

3 . النماذج المبتكرة في المعالجة : قد لا تكون نماذج التدخل العلاجي التقليدية (العلاج شخصاً لشخص) عملية أو فعالة في علاج الأطفال أو المراهقين . فعلى سبيل المثال ، وضع أحد التقارير المهنية التوصيات التالية فيما يتعلق بتقديم خدمات الصحة النفسية للأطفال والمراهقين وأسره (Henggeler, 1994) :

أ . التقليل من اللجوء إلى إدخال المرضى للمستشفيات والمعالجة الداخلية فيها ، وزيادة في تقديم الخدمات على أساس منزلي أو مجتمعي (خارجية) .

ب . تدريب القائمين بتقديم خدمات الرعاية الصحية على تلك الخدمات الفعالة من حيث الكلفة ، وزيادة الرقابة والمساءلة فيما يتعلق بمقدم الخدمات .

ج . الزيادة في تكامل الخدمات (الصحة النفسية ، التعليم ، الرعاية الأولية) .

د . تقديم الخدمات الفردية المرنة ، والحصول على الدعم الأسري .

4 . زيادة التركيز على الوقاية من الإصابات ، ووقاية الطفل من الإساءة والإهمال : إن الإصابات هي المسبب الأساسي للوفاة لدى الأطفال . وتحظى مسائل أمن الطفل وصحته باهتمام متزايد من قبل الأخصائيين الإكلينيكيين والأفراد العاديين على حد سواء . وعادة ما تكون الحدود ضبابية في العلاقة ما بين الإصابة نتيجة عدم الانتباه أو عدم الاكتراث ، وتلك الإصابة الناجمة عن الإهمال أو الإساءة (Peterson & Brown, 1994) . وعليه ، نجد الأخصائيين النفسيين يتجهون بشكل متزايد إلى تطوير التدخلات الموجهة نحو الأطفال ومن يعتنون بهم ، وتطبيق هذه التدخلات (Peterson & Roberts, 1992) . ومن المرجح أن يستمر هذا التوجه مستقبلاً .

يركز أخصائي علم نفس الأطفال الطبي اهتمامه على العلاقة ما بين الصحة النفسية والجسمية لدى الأطفال والمراهقين ، ويميل في توجهه النظري إلى المنحى المعرفي- السلوكي ، ويضع اهتماماً أكبر على المسائل الطبية والبيولوجية ، ويتجه نحو إلى استشارة طبيب الأطفال وغيره من الأطباء ، أكثر من زملائه من أخصائيي علم نفس الأطفال الإكلينيكي . على أية حال ، فهناك الكثير من التداخل أيضاً . فكل أخصائي علم نفس الأطفال الإكلينيكي وعلم نفس الأطفال الطبي يطبق المنظورات النمائية على المشكلات ، ويقوم بسائر أنشطة التقييم (المقابلة ، الملاحظة السلوكية ، الاختبارات النفسية) ، كما يعالج مدى واسعاً من المشكلات ، ويقوم بالأنشطة الوقائية أيضاً .

وإضافة إلى الوصف العام لأدوار وأنشطة أخصائي علم نفس الأطفال الإكلينيكي وعلم نفس الأطفال الطبي ، فقد ركز هذا الفصل على الأدلة المتصلة بفعالية مجموعة من التدخلات لمشكلات محددة يواجهها كلا الأخصائيين . وقد قدمنا أيضاً لمحة عامة حول النماذج التدريبية لهذين الأخصائيين . وأخيراً ، فقد ألقينا الضوء على عدد من المسائل المهمة التي عليهما أن يهتم بها مستقبلاً ؛ والتي تشمل مسائل التنوع الإثني والعنقي والثقافي ، والمجالات المهمة للبحث مستقبلاً (بما فيها التدخلات العلاجية ، الإساءة الجنسية ، الوقاية ، والمشكلات الطبية) ، والوقاية من الإصابة ومن الإساءة والإهمال .

المصطلحات:

- اختبارات التحصيل (achievement tests) : الاختبارات التي تقيّم التعلّم السابق في مجموعة متنوعة من المواضيع ، خصوصاً التعلّم المرتبط بالبرامج التدريبية أو الأكاديمية .
- العلاج السلوكي (behavior therapy) : إطار اكتسب شهرة واسعة في معالجة الاضطرابات ، يقوم على مبادئ الإشراف الاستجابي أو الإجرائي . وعادةً ما تكون التقنيات السلوكية هي المعالجة المفضلة لمشكلات الطفولة ؛ لأنها تنطبق على الكثير من سلوكيات الأطفال ، وتتسم بالفعالية ، ويمكن تطبيقها بسهولة من قبل الوالدين والمعلمين .
- الملاحظة السلوكية (behavioral observation) : أسلوب تتم فيه ملاحظة الفرد بشكل مباشر ، لفهم السلوك المشكل بشكل أفضل ، إضافة إلى العوامل التي تساعد على استمراره .

وقد تتم ملاحظة الأطفال والمراهقين باستخدام استراتيجيات الملاحظة الطبيعية أو التناظرية أو الذاتية أو الملاحظة بالمشاركة ، ويوجد عدد من أنظمة الترميز المتاحة لتقدير سلوكهم في المنزل أو الصف .

■ **طب الأطفال السلوكي (behavioral pediatrics) :** تطبيق الأساليب المعرفية و/أو السلوكية على مشكلات الأطفال في الأماكن الطبية (الإعدادات لإجراءات الطبية ، إدارة الألم ، الالتزام بالحماية العلاجية ... إلخ) .

■ **علم نفس الأطفال الإكلينيكي (Clinical Child Psychology) :** فرع من فروع علم النفس ، يُعنى بتقييم الأطفال والمراهقين وعلاجهم بعد تطور أعراض المرض النفسي لديهم . وعادةً ما يتم هذا العمل في العيادات الخاصة أو العيادات الخارجية . وبالرغم من وجود كثير من التداخل بين التخصصات الفرعية ، فإن أخصائيي علم نفس الأطفال الإكلينيكي عادةً ما يتسمون بالتنوع في توجهاتهم النظرية مقارنةً بأخصائيي علم نفس الأطفال الطبي ، كما يميلون إلى التركيز بشكل أكبر على التدريب في مجال التقييم ، وعمليات النمو ، والعلاج الأسري .

■ **التقييم المعرفي (cognitive assessment) :** في علمي نفس الأطفال الإكلينيكي والطبي ؛ يُعنى بتقييم العوامل المعرفية التي قد تتوسط مشكلات الطفل السلوكية أو العاطفية أو الطبية . فعلى سبيل المثال ، فالنقص في إحساس الطفل بالكفاءة الذاتية ، أو افتقاره لفهم المشكلة أو علاجها ، قد يكون له تأثيره الكبير على مستويات القلق لديه ، أو على نجاح المعالجة .

■ **العلاج المعرفي-السلوكي (cognitive-behavioral therapy) :** إطار علاجي يركز على دور التفكير في فهم وتحليل أسباب المشكلات واستمرارها . ومن خلال تعليم الأطفال كيف يغيرون معارفهم عن طريق عمليات التقييم الداخلي والعبارات الذاتية . ويهدف هذا العلاج إلى تحسين مهارات الطفل في حل المشكلات ، والتخطيط ، ومساعدته على تأجيل الإشباع ، وإخضاع أبة سلوكيات مُشكلة للسيطرة العقلانية .

■ **اضطراب المسلك (conduct disorder) :** اضطراب نفسي ، يتكرر فيه انتهاك الطفل أو المراهق لحقوق الآخرين ، أو للمعايير والقواعد الاجتماعية الأساسية .

■ **الاستشارة (consultation) :** الفعل الذي يقوم الشخص القائم بتقديم الخدمات للآخرين من خلاله باللجوء إلى خبير لغايات تحسين هذه الخدمات . فسائر المؤسسات التي تقدم الخدمات الصحية والاجتماعية والقانونية ، تقوم باستشارة أخصائيي علمي نفس الأطفال الإكلينيكي ولطبي حول الصعوبات المرتبطة بالأمراض النفسية أو النفسية الجسدية أو غيرها .

■ **الاضطرابات التعبيرية (externalizing disorders) :** اضطرابات الطفولة (كاضطراب السلوك أو تشتت الانتباه والنشاط الزائد) ، التي تتميز بالمشكلات السلوكية أو السلوكيات العدوانية أو الاندفاعية .

■ **العلاج الأسري (Family Therapy):** أحد أشكال العلاج النفسي ، حيث يقابل المعالج جميع أفراد الأسرة ، إضافةً إلى المريض . وتقوم فكرة العلاج الأسري على أساس أن العديد من المشكلات الملاحظة لدى الطفل أو المراهق هي مشكلات تم تعلمها بل وتعزيزها في الأسرة ، وبالتالي فإن التخفيف من هذه المشكلات يحتاج إلى تعاون الأسرة بأكملها .

■ **اختبارات الذكاء (intelligence tests):** الاختبارات التي تقيس القدرة العقلية العامة للفرد ، أو مجموعة من القدرات . وفي علمي نفس الأطفال الإكلينيكي والطبي ، تُستخدم اختبارات الذكاء لإجابة عن الأسئلة المتعلقة بالقدرة العقلية ، أو بصعوبات التعلم ، أو من أجل تطوير خطة تربوية فردية .

■ **الاضطرابات التذويتية (internalizing disorders):** اضطرابات الطفولة (كاضطرابات المزاج أو القلق) التي تتميز بأعراض القلق والاكتئاب والحُجل والانسحاب الاجتماعي .

■ **التقييم النفسي العصبي (neuropsychological assessment):** منحى في التقييم ، يقوم على أساس العلاقات المثبتة تجريبياً بين الدماغ والسلوك ، ويتم فيه تقدير نقاط ضعف الفرد وقوته نسبياً في عدد من المجالات . وقد تطور علم نفس الأطفال العصبي كتخصص فرعي في السنوات الأخيرة نتيجةً لتزايد التركيز على الاضطرابات النفسية العصبية ، إضافةً إلى انخفاض الوفيات الناجمة عن الحالات المستفحلة أو المدمرة .

■ **التدريب على الإدارة الوالدية (parent management training):** مجموعة من الإجراءات العلاجية التي يتم من خلالها تعليم الوالدين كيفية تعديل سلوك الأطفال أو المراهقين في المنزل باستخدام تقنيات سلوكية مثل التعاقد التبادلي .

■ **علم نفس الأطفال الطبي (pediatric psychology):** (ويعرف أيضاً بعلم نفس الأطفال الصحي) . فرع من فروع علم النفس ، يُعنى بمعالجة الأطفال والمراهقين قبل تطويرهم للأمراض النفسية أو في بدايات تطورها . وعادةً ما تأتي الإحالات إلى المختصين بعلم نفس الأطفال الطبي من قبل أطباء الأطفال ، كما أن المختصين يمارسون هذا العمل عادةً في الأماكن الطبية . ومقارنةً بأخصائي علم نفس الأطفال الإكلينيكي ، يميل أخصائي علم نفس الأطفال الطبي إلى استخدام استراتيجيات لتدخل العلاجي المباشرة وقصيرة الأمد ، كما يميل إلى زيادة التركيز على المسائل الطبية والبيولوجية على مستويي البحث والعلاج .

■ **العلاج باللعب (play therapy):** مجموعة منتقاة من الأساليب التي تستخدم اللعب التعبيري كبديل أو متمم للسلوك اللفظي . فطريقة لعب الأطفال ، والأشياء التي يختارونها ، وطبيعة الحديث الذي يصدر عنهم أثناء اللعب ، يمكنها جميعاً أن تكون كاشفة و/أو تفريغية و/أو علاجية .

■ الوقاية (prevention) : المبدأ الذي يقول إن الأنشطة الوقائية -على المدى البعيد- تكون أكثر فعاليةً وتأثيراً من العلاج الفردي الذي يتم عادةً بعد ظهور المرض أو المشكلة . ويركز كلا أخصائيي علم نفس الأطفال الإكلينيكي وعلم نفس الأطفال الطبي على الوقاية من مشكلات الطفولة (من خلال التعليم مثلاً ، وتأسيس برامج الحماية ، والتعرف على الأطفال المعرضين للخطر ، ومعالجتهم بصورة فعالة) .

■ العلاج بالتحليل النفسي (psychoanalytically oriented therapy) : في علمي نفس الأطفال الطبي والإكلينيكي ؛ هو تكييف المنحى التحليلي بحيث يتعامل مع عدم قدرة الطفل على الالتزام بمتطلبات العلاج التقليدي بالتحليل ، أو على فهم الطبيعة المجردة له . بشكل عام ، فهذا التوجه يعلم الأطفال أن بعض السلوكيات في حقيقتها هي دفاعات ضد القلق ، وأنها تساعد على تخطي المرحلة النمائية التي يمرون بها بنجاح .

■ الاستبانات وقوائم الشطب (questionnaires and checklist) : مقاييس مرضوعية للسلوك أو الشخصية . وفي إطار تقييم الطفل ، يُطلب من الراشدين الذين يتواصلون بشكل متكرر مع الطفل أن يجيبوا عن مقاييس للتقدير أو استبانات أو قوائم للشطب ؛ وذلك بناءً على ملاحظاتهم لسلوكيات الطفل . وفي حالة الاعتقاد بأن الطفل مؤهل لتقديم تقارير ذاتية وثابتة ، يمكن تقديم مقاييس موضوعية للطفل مباشرة .

■ المرونة (resilience) : مميزات لدى الشخص أو الأسرة أو البيئة الأوسع (مثل القابلية الاجتماعية ، المميزات الاجتماعية الاقتصادية ، العلاقات الحميمة مع أشخاص ذوي ميول اجتماعية خارج نطاق الأسرة) ، والتي ترتبط بقدرة الفرد على تحقيق نتائج إيجابية .

■ المقابلات التشخيصية المبنية (structured diagnostic interviews) : صنف من المقابلات التي تقيم المحكمات بناءً على الدليل التشخيصي ، وذلك من خلال طرح الأسئلة نفسها على الأشخاص الذين تتم مقابلتهم ، وبالترتيب نفسه . وهناك عدد من المقابلات التشخيصية المبنية المتاحة لتقييم وجود الاضطرابات التذويتية أو التعبيرية لدى الأطفال والمراهقين .

R

المراجع

References

- Abe-Kim, J. S., & Takeuchi, D. (1996). Cultural competence and quality of care: Issues for mental health service delivery in managed care. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3, 273-295.
- Abeles, N. (1990). Rediscovering psychological assessment. *Clinical Psychologist*, 10, 3-4.
- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Youth Self-Report and 1991 Profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. (1994). Child behavior checklist and related instruments. In M. E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment* (pp. 517-549). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Ackerman, N. W. (1958). *The psychodynamics of family life*. New York: Basic Books.
- Ackerman, N. W. (1960). Family focused therapy of schizophrenia. In S. Scher & H. Davis (Eds.), *The outpatient treatment of schizophrenia*. New York: Grune & Stratton.
- Ackerman, N. W. (1966). *Treating the troubled family*. New York: Basic Books.
- Adams, K. M. (1996). President's message: "May you live in interesting times" Chinese proverb. *Division of Clinical Neuropsychology: Newsletter* 40, 14, 2-5, 10.
- Ader, R., & Cohen, N. (1975). Behaviorally conditioned immuno-suppression. *Psychosomatic Medicine*, 37, 333-340.
- Adler, A. (1930). *Guiding the child on the principles of individual psychology*. New York: Greenberg.
- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In J. Kuhl & J. Beckman (Eds.), *Action control: From cognition to behavior* (pp. 11-39). Heidelberg, Germany: Springer.
- Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality, and behavior*. Chicago: Dorsey Press.
- Albee, G. W. (1959). *Mental health manpower trends*. New York: Basic Books.
- Albee, G. W. (1968). Conceptual models and manpower requirements in psychology. *American Psychologist*, 23, 317-320.
- Albee, G. W. (1986). Toward a just society: Lessons from observations on the primary prevention of psychopathology. *American Psychologist*, 41, 891-898.
- Albee, G. W. (2002). Just say no to psychotropic drugs! *Journal of Clinical Psychology*, 58, 635-648.
- Alden, L. E. (1988). Behavioral self-management controlled-drinking strategies in a context of secondary prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 280-286.

- American Psychological Association. (1987). Model act for state licensure of psychologists. *American Psychologist*, 42, 696-703.
- American Psychological Association (2002). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, 57, 1060-1073.
- American Psychological Association (2003). Guidelines on multicultural education, training, research, practice, and organizational change for psychologists. *American Psychologist*, 58, 377-402.
- Anastasi, A. (1988). *Psychological testing* (6th ed.). New York: Macmillan.
- Anderson, H. H., & Anderson, G. L. (Eds.). (1951). *An introduction to projective techniques*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Anderson, N. B. (1995). Behavioral and sociocultural perspectives on ethnicity and health: Introduction to the special issue. *Health Psychology*, 14, 589-591.
- Anderson, R. M., Jr. (1994). *Practitioner's guide to clinical neuropsychology*. New York: Plenum Press.
- Appelbaum, S. A. (1970). Science and persuasion in the psychological test report. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 35, 349-355.
- Arbisi, P. A., Ben-Porath, Y. S., & McNulty, J. (2002). A companion of MMPI-2 validity in African American and Caucasian psychiatric inpatients. *Psychological Assessment*, 14, 3-15.
- Archer, R. P., & Krishnamurthy, R. (1997). MMPI-A and Rorschach indices related to depression and conduct disorder: An evaluation of the incremental validity hypothesis. *Journal of Personality Assessment*, 69, 517-533.
- Amhoff, F. N. (1968). Realities and mental health manpower. *Mental Hygiene*, 52, 181-189.
- Arvey, R. D., et al. (1994, December 13). Mainstream science on intelligence. *The Wall Street Journal*, p. A18.
- Asamow, J. R., Jaycox, I. H., & Tompson, M. C. (2001). Depression in youth: Psychosocial interventions. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30, 33-47.
- Atkinson, I. (1986). The comparative validities of the Rorschach and MMPI: A meta-analysis. *Canadian Psychology*, 27, 238-247.
- Babad, E. Y., Mann, M., & Mar-Hayim, M. (1975). Bias in scoring the WISC subtests. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 268.
- Baer, I., Jacobs, D. G., Cukor, P., O'Laughlen, L. Coyle, J. T., & Magruder, K. M. (1995).

- Alderfer, C. P. (2003). The science and non-science of psychologists' responses to The Bell Curve. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34, 287-293.
- Alexander, E (1950). *Psychosomatic medicine*. New York: Norton.
- Alexander, E., & French, T. M. (1946). *Psychoanalytic therapy*. New York: Ronald Press.
- Alexander, J. E., Holtzworth-Munroe, A., & Jameson, P. (1994). The process and outcome of marital and family therapy: Research review and evaluation. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 595-630). New York: Wiley.
- Allen, D. N., Sprenkel, D. G., Heyman, R. A., Schramke, C. J., & Heffron, N. E. (1997). Evaluation of demyelinating and degenerative disorders. In G. Goldstein, P. D. Nussbaum, & S. R. Beers (Eds.), *Neuropsychology* (pp. 187-208). New York: Plenum Press.
- Allen, E. H. (1934). Therapeutic work with children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 4, 193-202.
- Allison, K. W., Crawford, I., Echemendia, R., Robinson, L., & Knepp, D. (1994). Human diversity and professional competence: Training in clinical and counseling psychology revisited. *American Psychologist*, 49, 792-796.
- Allport, G. W. (1961). *Pattern and growth in personality*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- American Group Psychotherapy Association. Committee on History. (1971). A brief history of the American Group Psychotherapy Association, 1943-1968. *International Journal of Group Psychotherapy*, 21, 406-435.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text revision) (DSM-IV-TR). Washington, DC: Author.
- American Psychological Association. (1953). *Ethical standards of psychologists*. Washington, DC: Author.
- American Psychological Association. (1954). *Technical recommendations for psychological tests and diagnostic techniques*. Washington, DC: Author.
- American Psychological Association. (1981). Ethical principles of psychologists. *American Psychologist*, 36, 633-638.

- Barlow, D. H. (1996). The effectiveness of psychotherapy: Science and policy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3, 236-240.
- Barlow, D. H., & Cerny, J. A. (1988). *Psychological treatment of panic*. New York: Guilford Press.
- Barnett, W. S. (1995). Long-term effects of early childhood programs on cognitive and school outcomes. In R. E. Behrman (Ed.), *The future of children: Longterm outcomes of early childhood programs* (Vol. 5, no. 3, pp. 25-50). Los Altos, CA: The Center for the Future of Children.
- Barron, E (1953). Some test correlates of response to psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 17, 235-241.
- Bartelstone, J. H., & Trull, T. J. (1995). Personality, life events, and depression. *Journal of Personality Assessment*, 64, 279-294.
- Bartol, C. R., & Bartol, A. M. (1994). *Psychology and law: Research and application* (2nd ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Bilsic Behavioral Science Task Force of the National Advisory Mental Health Council. (1996). Basic behavioral science research for mental health: Sociocultural and environmental processes. *American Psychologist*, 51, 722-731.
- Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J., & Weakland, J. H. (1956). Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science*, 1, 251-264.
- Baucom, D. H., Shoham, v., Mueser, K. T., Daiuto, A. D., & Stickle, T. R. (1998). Empirically supported couple and family interventions for marital distress and adult mental health problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 53-88.
- Beck, A. T. (1972). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T. (1983). Cognitive therapy of depression: New perspectives. In P. J. Clayton & J. E. Barrett (Eds.), *Treatment of depression: Old controversies and new approaches* (pp. 265-290). New York: Raven Press.
- Beck, A. T. (1991). Cognitive therapy: A 30-year retrospective. *American Psychologist*, 46, 368-375.
- Beck, A. T. (1993). Cognitive therapy: Past, present, and future. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 194-198.
- Beck, A. T., & Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias*. New York: Basic Books.

- Automated telephone screening survey for depression. *Journal of the American Medical Association*, 273, 1943-1944.
- Baer, R. A., & Miller, J. (2002). Under-reporting of psychopathology on the MMPI-2: A meta-analytic review. *Psychological Assessment*, 14, 16-26.
- Baer, R., Wetter, M., & Berry, T. (1992). Detection of under reporting of psychopathology on the MMPI: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 12, 509-525.
- Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Bandura, A. (1971). Psychotherapy based upon modeling principles. In A. E. Bergin & S. I. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis*. New York: Wiley.
- Bandura, A. (1974). Behavior theories and models of man. *American Psychologist*, 29, 859-869.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1989). Human agency in cognitive theory. *American Psychologist*, 44, 1175-1184.
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52, 1-26.
- Bandura, A., Adams, N. E., & Beyer, J. (1977). Cognitive processes mediating behavioral change. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 125-139.
- Bandura, A., Jeffrey, R. w., & Wright, C. I. (1974). Efficacy of participant modeling as a function of response induction aids. *Journal of Abnormal Psychology*, 83, 56-64.
- Banks, W. M. (1972). The differential effects of race and social class in helping. *Journal of Clinical Psychology*, 28, 90-92.
- Barker, R. G., & Wright, H. F. (1951). *One boy's day*. New York: Harper & Row.
- Barkley, R. A. (1987). *Defiant children: Parent-teacher assignments*. New York: Guilford Press.
- Barlow, D. H. (1981). On the relation of clinical research to clinical practice: Current issues, new directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 147-155.
- Barlow, D. H. (1994). Psychological interventions in the era of managed competition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 1, 109-122.

- Benton, A. L., Hamsher, K., Varney, N., & Spreen, O. (1983). *Contributions to neuropsychological assessment*. New York: Oxford University Press.
- Berg, R. A. (1997). Evaluation of neoplastic processes. In G. Goldstein, P. D. Nussbaum, & S. R. Beers (Eds.), *Neuropsychology* (pp. 169-247). New York: Plenum Press.
- Bergin, A. E. (1971). The evaluation of therapeutic outcomes. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley.
- Bergin, A. E., & Suinn, R. M. (1975). Individual psychotherapy and behavior therapy. In M. R. Rosenzweig & L. W. Porter (Eds.), *Annual review of psychology*. Palo Alto, CA: Annual Reviews.
- Berman, J. S., & Norton, N. L. (1985). Does professional training make a therapist more effective? *Psychological Bulletin*, 98, 401-407.
- Berne, E. (1961). *Transactional analysis in psychotherapy*. New York: Grove Press.
- Berne, E. (1964). *Games people play*. New York: Grove Press.
- Bernstein, D. A., & Nietzel, M. T. (1973). Procedural variation in behavioral avoidance tests. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41, 165-174.
- Berry, D., Baer, R., & Harris, M. (1991). Detection of malingering on the MMPI: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 11, 585-598.
- Berry, D., Wetter, M., Baer, R., Larsen, L., Clark, C., & Monroe, K. (1992). MMPI-2 random responding indices: Validation using a self-report methodology. *Psychological Assessment*, 4, 340-345.
- Beutler, L. E. (1990). Introduction to the special series on advances in psychotherapy process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 263-264.
- Beutler, L. E. (1995). Integrating and communicating findings. In L. E. Beutler & M. R. Berren (Eds.), *Integrative assessment of adult personality* (pp. 25-64). New York: Guilford Press.
- Beutler, L. E., & Fisher, D. (1994). Combined specialty training in counseling, clinical, and school psychology: An idea whose time has come. *Professional Psychology: Research and Practice*, 25, 62-69.
- Beutler, L. E., Machado, P. P. P., & Neufeldt, S. A. (1994). Therapist variables. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 229-269). New York: Wiley.
- Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, S., et al.

- Beck, A. T., Epstein, N., & Brown, G. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 893-897.
- Beck, A. T., Freeman, A., & Associates. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. E., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years later. *Clinical Psychology Review, 8*, 77-100.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. E., & Erbaugh, J. K. (1962). Reliability of psychiatric diagnoses: II. A study of consistency of clinical judgments and ratings. *American Journal of Psychiatry, 119*, 351-357.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford Press.
- Bednar, R. L., & Kaul, T. J. (1994). Experiential group research: Can the canon fire? In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 631-663). New York: Wiley.
- Belar, C. D. (1997). Clinical health psychology: A specialty for the 21st century. *Health Psychology, 16*, 411-416.
- Belar, C. D., & Deardorf, W. W. (1995). *Clinical health psychology in medical settings: A practitioner's guidebook*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Belar, C. D., & Perry, N. W. (1992). National conference on scientist-practitioner education and training for the professional practice of psychology. *American Psychologist, 47*, 71-75.
- Bell, J. E. (1961). *Family group therapy* (no. 64). Washington, DC: U.S. Department of Health, Education, and Welfare.
- Belter, R. W., & Piotrowski, C., (2001). Current status of doctoral-level training in psychological testing. *Journal of Clinical Psychology, 57*, 717-726.
- Ben-Porath, Y. S., & Waller, N. G. (1992). "Normal" personality inventories in clinical assessment: General requirements and the potential for using the NEO Personality Inventory. *Psychological Assessment, 4*, 14-19.
- Benton, A. L. (1963). *The revised visual retention test* (3rd ed.). New York: Psychological Corporation.
- Benton, A. L. (1974). *Revised visual retention test* (4th ed.). New York: Psychological Corporation.

- (2004). Therapist variables. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 227-306). New York: Wiley.
- Bigler, E. D. (1990). Neuropsychology and malingering: Comment on Faust, Hart, and Guilmette (1988). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 244-247.
- Binet, A., & Henri, V. (1896). Psychologie individuelle. *Année Psychologique*, 3, 296-332.
- Binswanger, L. (1963). *Being-in-the-world: Selected papers of Ludwig Binswanger*. New York: Basic Books.
- Blanchard, E. B., & Andrasik, F. (1985). *Management of chronic headaches: A psychological approach*. New York: Pergamon Press.
- Blanck, G., & Blanck, R. (1974). *Ego psychology: Theory and practice*. New York: Columbia University Press.
- Blashfield, R. K., & Draguns, J. G. (1976). Evaluative criteria for psychiatric classification. *Journal of Abnormal Psychology*, 85, 140-150.
- Blau, T. H. (1998). *The psychologist as expert witness* (2nd ed.). New York: Wiley.
- Blechman, E. A., & Brownell, K. D. (1998). *Behavioral medicine and women: A comprehensive handbook*. New York: Guilford Press.
- Block, J. (1995). A contrarian view of the five-factor approach to personality description. *Psychological Bulletin*, 117, 187-215.
- Bloom, B. L. (1973). *Community mental health: A historical and critical analysis*. Morristown, NJ: General Learning Press.
- Bloom, B. L. (1981). Focused single-session therapy: Initial development and evaluation. In S. H. Budman (Ed.), *Forms of brief therapy*. New York: Guilford Press.
- Bloom, B. L. (1992). Computer-assisted psychological intervention: A review and commentary. *Clinical Psychology Review*, 12, 169-197.
- Blouin, A. G. (1991). *Computerized Diagnostic Interview Schedule (Revised) DSM-III-R. Version 2.0* [Computer software]. Ontario, Canada: C-DIS Management Group.
- Blouin, A. G., Perez, E. L., & Blouin, J. H. (1988). Computerized administration of the Diagnostic Interview Schedule. *Psychiatry Research*, 23, 335-344.
- Bobbitt, B. L., Marques, C. c., & Trout, D. L. (1998). Managed behavioral health care: Current status, recent trends, and the role of psychology. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 53-66.
- Boss, M. (1963). *Psychoanalysis and Daseinanalysis*. New York: Basic Books.

- Bouchard, T.J., Jr., & McGue, M. (1981). Familial studies of intelligence: A review. *Science*, 212, 1055-1059.
- Bowen, M. (1960). A family concept of schizophrenia. In D. D. Jackson (Ed.), *Etiology of schizophrenia*. New York: Basic Books.
- Brannon, L., & Feist, J. (2000). *Health psychology: An introduction to behavior and health* (4th ed.). Belmont, CA: Wadsworth/Thomson Learning.
- Brannon, L., & Feist, J. (2004). *Health psychology: An introduction to behavior and health* (5th ed.). Belmont, CA: Wadsworth/Thomson Learning.
- Brentar, J., & McNamara, J. R. (1991). The right to prescribe medication: Considerations for professional psychology. *Professional Psychology: Research and Practice*, 22, 179-187.
- Brestan, E. V., & Eyberg, S. M. (1998). Effective psychosocial treatments of conduct-disordered children and adolescents: 29 years, 82 studies, and 5, 272 kids. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 180-189.
- Breuer, J. & Freud, S. (1955). *Studies on hysteria: Standard edition* (Vol. 2). London: Hogarth Press. (Original work published 1895)
- Brewin, C. R. (1988). *Cognitive foundations of clinical psychology*. London: Erlbaum.
- Brewin, C. R. (1989). *Cognitive change processes in psychotherapy*. *Psychological Review*, 96, 379-394.
- Brodsky, S. L. (1991). *Testifying in court: Guidelines and maxims for the expert witness*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Brody, E. B., & Brody, N. (1976). *Intelligence: Nature, determinants, and consequences*. New York: Academic Press.
- Brody, E. M., & Farber, B. A. (1989). Effects of psychotherapy on significant others. *Professional Psychology: Research and Practice*, 20, 116-122.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Brokowski, A. T. (1995). The evolution of health care: Implications for the training and careers of psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26, 156-162.
- Broverman, I., Broverman, D., Clarkson, E., Rosenkrantz, P., & Vogel, S. (1970). Sex-role stereotypes and clinical judgments of mental health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 34, 1-7.
- Brown, D., & Schulte, A. C. (1987). A social learning model of consultation. *Professional Psychology: Research and Practice*, 18, 283-287.
- Brown, I. S. (1990). Taking account of gender in the clinical assessment interview. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21, 12-17.

- Bush, J. W. (2002). Prescribing privileges: Grail for some practitioners; potential calamity for interprofessional collaboration in mental health. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 681-696.
- Butcher, J. N. (1971). *Objective personality assessment*. Morristown, NJ: General Learning Press.
- Butcher, J. N. (1990). *MMPI-2 in psychological treatment*. New York: Oxford University Press.
- Butcher, J. N. (Ed.). (1995a). *Clinical personality assessment: Practical approaches*. New York: Oxford University Press.
- Butcher, J. N. (1995b). How to use computer-based reports. In J. N. Butcher (Ed.), *Clinical personality assessment: Practical approaches* (pp. 78-94). New York: Oxford University Press.
- Butcher, J. N. (1995c). Interpretation of the MMPI-2. In I. E. Beutler & M. R. Berren (Eds.), *Integrative assessment of adult personality* (pp. 206-239). New York: Guilford Press.
- Butcher, J. N., Dahlstrom, W. G., Graham, J. R., Tellegen, A., & Kaemmer, B. (1989). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory MMPI-2: Manual for administration and scoring*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Butcher, J. N., Graham, J. R., & Ben-Porath, Y. S. (1995). Methodological problems and issues in MMPI, MMPI-2, and MMPI-A research. *Psychological Assessment*, 7, 320-329.
- Butcher, J. N., Graham, J. R., Williams, C. I., & Ben-Porath, Y. S. (1990). *Development and use of the MMPI-2 content scales*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Butcher, J. N., Kendall, P. C., & Hoffman, N. (1980). MMPI short forms: Caution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 275-278.
- Butcher, J. N., & Koss, M. P. (1978). Research on brief and crisis-oriented therapies. In S. I. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (2nd ed.). New York: Wiley.
- Butcher, J. N., Williams, C. I., Graham, J. R., Archer, R., Tellegen, A., Ben-Porath, Y. S., et al. (1992). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Adolescent (MMPI-A): Manual for administration, scoring, and interpretation*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Butler, A. C., & Beck, A. T. (1996). *Cognitive therapy for depression*. *Clinical Psychologist*, 49, 6-7.

- Bmehl, S. (1994). A case of borderline personality disorder. In P. T. Costa, Jr., & T. A. Widiger (Eds.), *Personality disorders and the five-factor model of personality* (pp. 189-198). Washington, DC: American Psychological Association.
- Brunink, S. A., & Schroeder, H. E. (1979). Verbal therapeutic behavior of expert psychoanalytically oriented, Gestalt, and behavior therapists. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47*, 567-574.
- Brunswik, E. (1947). *Systematic and representative design of psychological experiments with results in physical and social perception*. Berkeley: University of California Press.
- Buchanan, T. (2002). Online assessment: Desirable or dangerous? *Professional Psychology: Research and Practice, 33*, 148-154.
- Buckhout, R. (1975). Nearly 2000 witnesses can be wrong. *Social Action and the Law, 2*, 7.
- Buckhout, R. (1980). Eyewitness identification and psychology in the courtroom. In G. Cooke (Ed.), *The role of the forensic psychologist*. Springfield, IL: Charles C Thomas.
- Budman, S. H., Cooley, S., Demby, A., Koppenaal, G., Koslof, J., & Powers, T. (1996). A model of timeeffective group psychotherapy for patients with personality disorders: The clinical model. *International Journal of Group Psychotherapy, 46*, 329-355.
- Budman, S. H., & Gurman, A. S. (1983). The practice of brief therapy. *Professional Psychology: Research and Practice, 14*, 277-292.
- Budman, S. H., & Gurman, A. S. (1988). *Theory and practice of brief therapy*. New York: Guilford Press.
- Bugental, J. E T. (1964). The person who is the psychotherapist. *Journal of Consulting Psychology, 28*, 272-277.
- Bugental, J. E T. (1965). *The search for authenticity*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Bugental, J. E T. (1978). *Psychotherapy and process: The fundamentals of an existential-humanistic approach*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Buhler, C. (1971). Basic theoretical concepts of humanistic psychology. *American Psychologist, 26*, 378-386.
- Buhler, C., & Allen, M. (1971). *Introduction to humanistic psychology*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Burlingame, G. M., MacKenzie, K. R., & Strauss, B. (2004). Small-group treatment: Evidence for effectiveness and mechanisms of change. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 647-696). New York: Wiley.

- Cattell, R. B. (1965). *The scientific analysis of personality*. Baltimore: Penguin.
- Cattell, R. B. (1987). *Intelligence: Its structure, growth and action*. Amsterdam: North-Holland.
- Cautela, J. R. (1967). Covert sensitization. *Psychological Reports*, 20, 459-468.
- Chambless, D. L. (1996). In defense of dissemination of empirically supported psychological interventions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3, 230-235.
- Chambless, D. L., Baker, M., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crits-Christoph, P., et al. (1998). Update on empirically validated therapies: II. *The Clinical Psychologist*, 51, 3-16.
- Chambless, D. L., Caputo, G. C., Bright, P., & Gallagher, R. (1984). Assessment of fear in agoraphobics: The body sensations questionnaire and the agoraphobic cognitions questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 1090-1097.
- Chambless, D. L., & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
- Chambless, D. L., Sanderson, W. C., Shoham, v., Bennett Johnson, S., Pope, K. S., Crits-Christoph, P., et al. (1996). An update on empirically validated therapies. *Clinical Psychologist*, 49, 5-18.
- Chapman, L. J. & Chapman, J. P. (1967). Genesis of popular but erroneous psychodiagnostic observations. *Journal of Abnormal Psychology*, 72, 193-204.
- Chapman, L. J. & Chapman, J. p. (1969). Illusory correlation as an obstacle to the use of valid psychodiagnostic signs. *Journal of Abnormal Psychology*, 74, 271-280.
- Chapman, L. J. & Chapman, J. P. (1985). Psychosis proneness. In M. Alpert (Ed.), *Controversies in schizophrenia* (pp. 157-174). New York: Guilford Press.
- Chen neville, T. (2000). HIV, confidentiality, and duty to protect: A decision-making model. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31, 661-670.
- Chesney, M. A. (1993). Health psychology in the 21st century: Acquired immunodeficiency syndrome as a harbinger of things to come. *Health Psychology*, 12, 259-268.
- Chipeur, H. M., Rovine, M., & Plomin, R. (1990). LISREL modelling: Genetic and environmental influences on IQ revisited. *Intelligence*, 14, 11-29.
- Christensen, A., & Jacobson, N. S. (1994). Who (or what) can do psychotherapy? The status and challenge of nonprofessional therapies. *Psychological Science*, 5, 8-14.
- Cicchetti, D. V. (1994). Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized instruments in psychology. *Psychological Assessment*, 6, 284-290.

- Calhoun, K. S., Moras, K., Pilkonis, P. A., & Rehm, I. P. (1998). Empirically supported treatments: Implications for training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 151-162.
- Camara, W. L. & Merenda, P. R. (2000) Using personality tests in pre-employment screening: Issues raised in *Soroka v. Dayton Hudson Corporation*. *Psychology, Public Policy, and Law*, 6, 1164-1186.
- Carnic, P. M., & Knight, S. J. (1998). *Clinical handbook of health psychology: A practical guide to effective interventions*. Seattle, WA: Hogrefe & Huber.
- Campbell, S. B. (1989). Developmental perspectives. In T. H. Ollendick & M. Hersen (Eds.), *Handbook of child psychopathology* (2nd ed.). New York: Plenum Press.
- Caplan, B. M., & Romans, S. (1997). Assessment of spatial abilities. In G. Goldstein, P. D. Nussbaum, & S. R. Beers (Eds.), *Neuropsychology* (pp. 379-419). New York: Plenum Press.
- Caplan, G. (Ed.). (1961). *Prevention of mental disorders in children*. New York: Basic Books.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.
- Caplan, G. (1970). *The theory and practice of mental health consultation*. New York: Basic Books.
- Caplan, N., & Nelson, S. D. (1973). On being useful: The nature and consequences of psychological research on social problems. *American Psychologist*, 28, 199-211.
- Caplan, R. D., Vinokur, A. D., & Price, R. H. (1997). From job loss to reemployment: Field experiments in prevention-focused coping. In G. W. Albee & T. P. Gullotta (Eds.), *Primary prevention works* (pp. 341-379). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Carlson, J., Sperry, L., & Lewis, J. A. (1997). *Family therapy: Ensuring treatment efficacy*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Carr, M. A., Sweet, J. J., & Rossini, E. (1986). Diagnostic validity of the Luria-Nebraska Neuropsychological Test Battery-Children's Revision. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 354-358.
- Cartwright, D. S. (1956). Note on "Changes in psychoneurotic patients with and without psychotherapy." *Journal of Consulting Psychology*, 20, 403-404.
- Casey, R. L. & Berman, J. S. (1985). The outcome of psychotherapy with children. *Psychological Bulletin*, 98, 388-400.

- Ciminero, A. R., Calhoun, K. S., & Adams, H. E. (Eds.). (1986). *Handbook of behavioral assessment*. New York: Wiley-Interscience.
- Clark, L. A., & Watson, D. (1995). Constructing validity: Basic issues in objective scale development. *Psychological Assessment*, 7, 309-319.
- Clarkin, J. E., & Levy, K. N. (2004). The influence of client variables on psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 194-226). New York: Wiley.
- Clay, R. A. (1998). Mental health professions vie for position in the next decade. *APA Monitor*, 29(9), 20-21.
- Cleckley, H. (1964). *The mask of sanity* (4th ed.). St. Louis, MO: C. V. Mosby.
- Coates, T. J., & Thoresen, C. E. (1981). Treating obesity in children and adolescents: Is there any hope? In J. M. Ferguson & C. B. Taylor (Eds.), *The comprehensive handbook of behavioral medicine* (Vol. 2). New York: Spectrum.
- Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement*, 20, 37-46.
- Colby, K. M. (1951). *A primer for psychotherapists*. New York: Ronald Press.
- Comas-Diaz, I. (1992). The future of psychotherapy with ethnic minorities. *Psychotherapy*, 29, 88-94.
- Combs, A. W., & Snygg, D. (1959). *Individual behavior*. New York: Harper & Row.
- Committee on Ethical Guidelines for Forensic Psychologists. (1991). Specialty guidelines for forensic psychologists. *Law and Human Behavior*, 15, 655-665.
- Compton, S. N., Burns, B. J., Egger, H. I., & Robertson, E. (2002). Review of the evidence base for treatment of childhood psychopathology: Internalizing disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1240-1266.
- Constantine, L. L. (1986). *Family paradigms: The practice of theory in family planning*. New York: Guilford Press.
- Conte, H. R. (1986). Multivariate assessment of sexual dysfunction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 149-157.
- Corbishley, M. A., & Yost, E. B. (1995). Integrative assessment: A workbook. In L. E. Beutler & M. R. Berren (Eds.), *Integrative assessment of adult personality* (pp. 320-402). New York: Guilford Press.
- Corsini, R. J. (1957). *Methods of group psychotherapy*. New York: McGraw-Hill.

- Costa, P. T., Jr., & McCrae, R. R. (1988). Personality in adulthood: A six-year longitudinal study of selfreports and spouse ratings on the NEO Personality Inventory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 853-863.
- Costa, P. T., Jr., & McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five Factor Inventory (NEO-FFI)*: Professional manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Costanzo, M. (2004). *Psychology applied to law*. Belmont, CA: Wadsworth/Thomson Learning.
- Costello, A. J., Edelbrock, C. S., Dulcan, M. K., Kalas, R., & Klaric, S. H. (1984). *Report on the NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children (DIS-C)*. Washington, DC: National Institute of Mental Health.
- Cowen, E. L. (1967). An overview and directions for future work. In E. L. Cowen, E. A. Gardner, & M. Zax (Eds.), *Emergent approaches to mental health problems*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Cowen, E. L. (1973). Social and community intervention. In P. H. Mussen & M. R. Rosenzweig (Eds.), *Annual review of psychology*. Palo Alto, CA: Annual Reviews.
- Cowen, E. L. (1978). Some problems in community program evaluation research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 792-805.
- Cowen, E. L. (1982). Help is where you find it: Four informal helping groups. *American Psychologist*, 37, 385-395.
- Cowen, E. L. (1983). Primary prevention in mental health: Past, present, and future. In R. D. Feiner, I. A. Jason, J. N. Moritsugu, & S. S. Farber (Eds.), *Preventive psychology: Theory, research, and practice* (pp. 11-30). New York: Pergamon Press.
- Cowen, E. L. (1991). In pursuit of wellness. *American Psychologist*, 46, 404-408.
- Cowen, E. L., Hightower, A. D., Johnson, D. B., Sarno, M., & Weissberg, R. P. (1989). State-level dissemination of a program for early detection and prevention of school maladjustment. *Professional Psychology: Research and Practice*, 20, 309-314.
- Craske, M. G., Rowe, M., Lewin, M., & Noriega-Dimitri, R. (1997). Interoceptive exposure versus breathing retraining within cognitive-behavioural therapy for panic disorder with agoraphobia. *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 85-99.
- Crits-Christoph, P. (1992). The efficacy of brief dynamic psychotherapy: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 149, 151-158.
- Cronbach, L. J. (1946). Response sets and test validity. *Educational and Psychological Measurement*, 6, 475-494.

- Dawes, R. M. (1979). The robust beauty of improper linear models in decision making. *American Psychologist*, 34, 571-582.
- Dawes, R. M. (1994). *House of cards: Psychology and psychotherapy built on myth*. New York: Free Press.
- Dawes, R. M. (1999). Two methods for studying the incremental validity of a Rorschach variable. *Psychological Assessment*, 11, 297-302.
- Dawes, R. M., Faust, D., & Meehl, P. E. (1989). Clinical versus actuarial judgment. *Science*, 243, 1668-1674.
- DeBell, C., & Jones, R. D. (1997). Privileged communication at last: An overview of *Jaffe v. Redmond*. *Professional Psychology: Research and Practice*, 28, 559-566.
- DeCharms, R., Levy, J., & Wertheimer, M. (1954). A note on attempted evaluations of psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 10, 233-235.
- DeLeon, P. H. (1988). Public policy and public service: Our professional duty. *American Psychologist*, 43, 309-315.
- DeLeon, P. H., Fox, R. E., & Graham, S. R. (1991). Prescription privileges: Psychology's next frontier? *American Psychologist*, 46, 384-393.
- DeLeon, P. H., Frank, R. G., & Wedding, D. (1995). Health policy and public policy: The political process. *Health Psychology*, 14, 493-499.
- DeLeon, P. H., & Wiggins, J. G. (1996). Prescription privileges for psychologists. *American Psychologist*, 51, 225-229.
- DeNelsky, G. Y. (1991). Prescription privileges for psychologists: The case against. *Professional Psychology: Research and Practice*, 22, 188-193.
- DeNelsky, G. Y. (1996). The case against prescription privileges for psychologists. *American Psychologist*, 51, 207-212.
- DeRubeis, R. J., & Crits-Christoph, P. (1998). Empirically supported individual and group psychological treatments for adult mental disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 37-52.
- Digman, J. M. (1990). Personality structure: Emergence of the five-factor model. *Annual Review of Psychology*, 41, 417-470.
- DiMatteo, M. R., & DiNicola, D. D. (1982). Achieving patient compliance: *The psychology of the medical practitioner's role*. New York: Pergamon Press.
- Dobson, K. S. (1989). A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 414-419.

- Cronbach, L. J., & Meehl, P. E. (1955). Construct validity in psychological tests. *Psychological Bulletin*, 52, 281-302.
- Cross, T. L., Bazron, B. J., Dennis, K. W., & Isaacs, M. R. (1989). *Toward a cultural competent system of care* (Vol. 1). Washington, DC: Georgetown University Child Development Center.
- Culbertson, J. I. (1993). Clinical child psychology in the 1990s: Broadening our scope. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22, 116-122.
- Cummings, N. A. (1986). The dismantling of our health system: Strategies for the survival of psychological practice. *American Psychologist*, 41, 426-431.
- Cummings, N. A. (1995). Impact of managed care on employment and training: A primer for survival. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26, 10-15.
- Cutler, B. L., & Penrod, S. D. (1995). *Mistaken identification: The eyewitness, psychology, and the law*. New York: Cambridge University Press.
- Dadds, M. R., Holland, D. E., Laurens, K. R., Mullins, M., Barrett, P. M., & Spence, S. H. (1999). Early intervention and prevention of anxiety disorders in children: Results at 2-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 145-150.
- Dahlstrom, W. G., Welsh, G. S., & Dahlstrom, L. E. (1972). *An MMPI handbook: Vol. 1. Clinical interpretation* (Rev. ed.). Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Dahlstrom, W. G., Welsh, G. S., & Dahlstrom, L. E. (1975). *An MMPI handbook: Vol. 2. Research developments and applications*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Dalton, J. H., Elias, M. J., & Wandersman, A. (2001). *Community psychology: Linking individuals and communities*. Belmont, CA: Wadsworth/Thomson Learning.
- Davison, G. C., & Lazarus, A. A. (1995). The dialectics of science and practice. In S. C. Hayes, V. M. Follette, R. M. Dawes, & K. E. Grady (Eds.), *Scientific standards of psychological practice: Issues and recommendations* (pp. 95-120). Reno, NY: Context Press.
- Davison, G. C., & Neale, J. M. (1998). *Abnormal psychology* (7th ed.). New York: Wiley.
- Davison, G. C., Neale, J. M., & Kring, A. M. (2004). *Abnormal psychology* (9th ed.). New York: Wiley.
- Davison, G. C., Robins, C., & Johnson, M. K. (1983). Articulated thoughts during simulated situations: A paradigm for studying cognition in emotion and behavior. *Cognitive Therapy and Research*, 1, 17-40.
- Davison, G. C., & Wilson, G. T. (1973). Processes of fear reduction in systematic desensitization: Cognitive and social reinforcement factors in humans. *Behavior Therapy*, 4, 1-21.

- Dollard, J., & Miller, N. E. (1950). *Personality and psychotherapy*. New York: McGraw-Hill.
- Dorken, H. (1975). Private professional sector innovations in higher education: The California School of Professional Psychology. *Journal of Community Psychology*, 3, 15-21.
- Dorken, H., & Cummings, N. A. (1977). A school of psychology as innovation in professional education: The California School of Professional Psychology. *Professional Psychology*, 8, 129-148.
- Drotar, D. (1995). *Consulting with pediatricians: Psychological perspectives*. New York: Plenum Press.
- Drotar, D. (1998). Training students for careers in medical settings: A graduate program in pediatric psychology. *Professional Psychology: Research and Practice*, 29, 402-404.
- Duffy, K. G., & Wong, F. Y. (1996). *Community psychology*. Boston: Allyn & Bacon.
- Durham v. United States, 214 F.2d 862 (D.D. Cir. 1954).
- Durlak, J. A. (1979). Comparative effectiveness of paraprofessional and professional helpers. *Psychological Bulletin*, 86, 80-92.
- Durlak, J. A. (1981). Evaluating comparative studies of paraprofessional and professional helpers: A reply to Nietzel and Fisher. *Psychological Bulletin*, 89, 566-569.
- Durlak, J. A., & Wells, A. M. (1997). Primary prevention mental health programs for children and adolescents: A meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology*, 25, 115-152.
- Dusky v. United States, 362 U.S. 402 (1960).
- Elder, J. P., Wildey, M., de Moor, C, Sallis, J. F., Jr., Eckhardt, L., Edwards, C, et al. (1993). The long-term prevention of tobacco use among junior high school students: Classroom and telephone interventions. *American Journal of Public Health*, 83, 1239-1244.
- Elkin, I., Gibbons, R. D., Shea, M. T., & Shaw, B. F. (1996). Science is not a trial (but it can sometimes be a tribulation). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 92-103.
- Elliott, R., Greenberg, L. S., & Lietaer, G. (2004). Research on experiential psychotherapies. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 493-539). New York: Wiley.
- Elliott, R., Watson, J., Goldman, R., & Greenberg, L. (2004). Learning emotion-focused therapy: The process-experiential approach to change. Washington, DC: American Psychological Association.

- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
- Ellis, H. C. (1992). Graduate education in psychology: Past, present, and future. *American Psychologist*, 47, 570-576.
- Emmelkamp, P. M. G. (1982). *Phobic and obsessivecompulsive disorders: Theory, research, and practice*. New York: Plenum Press.
- Emmelkamp, P. M. G. (2004). Behavior therapy with adults. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 393-446). New York: Wiley.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- English, H. B., & English, A. C. (1958). *A comprehensive dictionary of psychological and psychoanalytic terms*. New York: Longmans, Green.
- Epstein, L. H., Valoski, A., Wing, R. R., & McCurley, J. (1994). Ten-year outcomes of behavioral familybased treatment for childhood obesity. *Health PsycholOlogy*, 13, 373-383.
- Epstein, N., Schlesinger, S. E., & Dryden, W. (Eds.). (1988). *Cognitive behavioral therapy with families*. New York: Brunner/Maze!.
- Epstein, S., & O'Brien, E.J. (1985). The person-situation debate in historical perspective. *Psychological Bulletin*, 98, 513-537.
- Erdman, H. P., Klein, M. H., & Greist, J. H. (1985). Direct patient computer interviewing. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 760-773.
- Erikson, E. H. (1956). The problem of ego identity. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 4, 56-121.
- Evans, G. D., & Murphy, M.J. (1997). The practicality of predoctoral prescription training for psychologists: A survey of directors of clinical training. *Professional Psychology: Research and Practice*, 28, 113-117.
- Evans, R. I. (1976). Smoking in children: Developing a social psychological strategy of deterrence. *Preventive Medicine*, 5, 122-127.
- Exner, J. E., Jr. (1974). *The Rorschach: A comprehensive system*. New York: Wiley.
- Exner, J. E., Jr. (1983). Rorschach assessment. In I. B. Weiner (Ed.), *Clinical methods in psychology* (2nd ed.). New York: Wiley-Interscience.
- Exner, J. E., Jr. (1991). *The Rorschach: A comprehensive system: Vol. 2. Interpretation* (2nd ed.). New York: Wiley.

- intervention and evaluation. In C. E. Walker (Ed.), *Clinical psychology: Historical and research foundations* (pp. 459-510). New York: Plenum Press.
- Felner, R. D., Jason, L. A., Moritsugu, J. N., & Farber, S. S. (Eds.). (1983). *Preventive psychology: Theory, research, and practice*. New York: Pergamon Press.
- Finn, S. E., & Tonsager, M. E. (1992). Therapeutic effects of providing MMPI-2 test feedback to college students awaiting therapy. *Psychological Assessment*, 4, 278-287.
- First, M. B. (1994). Computer-assisted assessment of DSM-III-R diagnoses. *Psychiatric Annals*, 24(1), 25-29.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1995). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders-Patient Edition (SCID-I/P Version 2.0)*. New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute.
- Fisher, C. B., Hoagwood, K., Boyce, C., Duster, T., Frank, D. A., Grisso, T., et al. (2002). Research ethics for mental health science involving ethnic minority children and youths. *American Psychologist*, 57, 1024-1040.
- Fiske, D. W. (1983). The meta-analytic revolution in outcome research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 71-75.
- Fitzgerald, B. J. (1958). Some relationships among projective tests, interview, and sociometric measures of dependent behavior. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 56, 199-204.
- Fitzgerald, R. V. (1973). *Conjoint marital therapy*. New York: Aronson.
- Flaugher, R. I. (1978). The many definitions of test bias. *American Psychologist*, 33, 671-679.
- Floyd, F. J., & Widaman, K. F. (1995). Factor analysis in the development and refinement of clinical assessment instruments. *Psychological Assessment*, 7, 286-299.
- Foa, E. B. (1996). The efficacy of behavioral therapy with obsessive-compulsives. *Clinical Psychologist*, 49, 19-22.
- Follette, W. C., & Hayes, S. C. (1992). Behavioral assessment in the DSM era. *Behavioral Assessment*, 14, 293-295.
- Foster, S. L., Bell-Dolan, D. J., & Burge, D. A. (1988). Behavioral observation. In A. S. Bellack & M. Hersen (Eds.), *Behavioral assessment: A practical handbook* (pp. 119-160). New York: Pergamon Press.
- Foster, S. L., & Martinez, C. R., Jr. (1995). Ethnicity: Conceptual and methodological issues in child clinical research. *Journal of Clinical Child Psychology*, 24, 214-226.

- Exner, J. E., Jr. (1993). *The Rorschach: A comprehensive system: Vol. 1. Basic foundations* (3rd ed.). New York: Wiley.
- Exner, J. E., Jr. (1995). Why use personality tests? A brief historical view. In J. N. Butcher (Ed.), *Clinical personality assessment: Practical approaches* (pp. 10-18). New York: Oxford University Press.
- Exner, J. E., Jr., & Exner, D. E. (1972). How clinicians use the Rorschach. *Journal of Personality Assessment*, 36, 402-408.
- Eysenck, H.J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.
- Eysenck, H. J. (1965). The effects of psychotherapy. *International Journal of Psychiatry*, 1, 99-142.
- Eysenck, H. J. (1966). *The effects of psychotherapy*. New York: International Science Press.
- Fagan, S. c., Morgenstern, L. B., Petitta, A., Ward, R. E., Tilley, B. C. Marler, J. R., et al. (1998). Costeffectiveness of tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke. NINDS rt-PA Stroke Study Group. *Neurology*, 50, 883-890.
- Fairweather, G. W., Sanders, D. H., Maynard, H., & Cressler, D. L. (1969). *Community life for the mentally ill: An alternative to institutional care*. Chicago: Aldine-Atherton.
- Faris, R., & Dunham, H. (1939). *Mental disorders in urban areas*. Chicago: University of Chicago Press.
- Farmer, E. M. Z., Compton, S. N., Burns, B.J., & Robertson, E. (2002). Review of the evidence base for treatment of childhood psychopathology: Externalizing disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1267-1302.
- Farmer, J. E., & Muhlenbruck, L. (2000). Pediatric neuropsychology. In R. G. Frank & T. R. Elliott (Eds.), *Handbook of rehabilitation psychology* (pp. 377-397). Washington, DC: American Psychological Association.
- Farrell, A. D., Com plair, P. S., & McCullough, L. (1987). Identification of target complaints by computer interview: Evaluation of the computerized assessment system for psychotherapy evaluation and research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 691-700.
- Faust, D. (1986). Research on human judgment and its application to clinical practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 17, 420-430.
- Felner, R. D., DuBois, D., & Adan, A. (1991). Community-based intervention and prevention: Conceptual underpinnings and progress towards a science of community

- Fowler, R. D., & Butcher, J. N. (1986). Critique of Matarazzo's view on computerized testing: All sigma and no meaning. *American Psychologist*, 41, 94-96.
- Fox, R. E. (1982). The need for a reorientation of clinical psychology. *American Psychologist*, 37, 1051-1057.
- Fox, R. E. (1988). Prescription privileges: Their implications for the practice of psychology. *Psychotherapy*, 25, 501-507.
- Frank, J. D. (1971). Therapeutic factors in psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 25, 350-361.
- Frank, J. D. (1973). *Persuasion and healing* (Rev. ed.). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Frank, J. D. (1979). The present status of outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 310-316.
- Frank, J. D. (1982). Therapeutic components shared by all psychotherapies. In J. H. Harvey & M. M. Parks (Eds.), *The Master Lecture Series: Vol. 1. Psychotherapy research and behavior change*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Frank, R. G., & Ross, M. J. (1995). The changing workforce: The role of health psychology. *Health Psychology*, 14, 519-525.
- Frank, R. G., & VandenBos, G. R. (1994). Health care reform: The 1993-1994 evolution. *American Psychologist*, 49, 851-854.
- Frankl, V. E. (1953). Logos and existence in psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 7, 8-15.
- Frankl, V. E. (1960). Paradoxical intention: A logotherapeutic technique. *American Journal of Psychotherapy*, 14, 520-535.
- Frankl, V. E. (1963). *Man's search for meaning* (Rev. ed.). New York: Washington Square Press.
- Frankl, V. E. (1965). *The doctor and the soul* (2nd ed.). New York: Knopf.
- Frankl, V. E. (1967). *Psychotherapy and existentialism: Selected papers on logotherapy*. New York: Washington Square Press.
- Franz, D., & Gross, A. M. (1998). Assessment of child behavior problems: Externalizing disorders. In A. S. Bellack & M. Hersen (Eds.), *Behavioral assessment: A practical handbook* (4th ed., pp. 361-377). Boston: Allyn & Bacon.
- Freud, A. (1946a). *The ego and the mechanisms of defense*. New York: International Universities Press. (Original work published 1936)

- Freud, A. (1946b). *The psychoanalytic treatment of children*. New York: International Universities Press.
- Freud, S. (1938). *The basic writings of Sigmund Freud*. New York: Modern Library.
- Freud, S. (1953). Fragments of an analysis of a case of hysteria. In *Standard edition* (Vol. 7). London: Hogarth Press. (Original work published 1905)
- Freud, S. (1955). Analysis of a phobia in a five-year-old boy. In *Standard edition* (Vol. 10). London: Hogarth Press. (Original work published 1909)
- Freud, S. (1959). The question of lay analysis. In *Standard edition* (Vol. 20). London: Hogarth Press. (Original work published 1926)
- Freud, S. (1960). Psychopathology of everyday life. In *Standard edition* (Vol. 6). London: Hogarth Press. (Original work published 1901)
- Freud, S. (1966). The dynamics of transference. In *Standard edition* (Vol. 12). London: Hogarth Press. (Original work published 1912)
- Friedman, H. S., & Booth-Kewley, S. (1987). The "disease-prone personality": A meta-analytic view of the construct. *American Psychologist*, 42, 539-555.
- Friedman, M., & Rosenman, R. H. (1974). *Type A behavior and your heart*. New York: Knopf.
- Friedman, R., Sobel, D., Myers, P., Caudill, M., & Benson, H. (1995). Behavioral medicine, clinical health psychology, and cost offset. *Health Psychology*, 14, 509-518.
- Fruzzetti, A. E., & Jacobson, N. S. (1991). Marital and family therapy. In M. Hersen, A. E. Kazdin, & A. Bellack (Eds.), *The clinical psychology handbook* (2nd ed., pp. 643-666). New York: Pergamon Press.
- Gallagher-Thompson, D., & Thompson, I. W. (1995). Efficacy of psychotherapeutic interventions with older adults. *Clinical Psychologist*, 48, 24-30.
- Galton, F. (1879). Psychometric experiments. *Brain*, 2, 149-162.
- Garb, H. N. (1984). The incremental validity of information used in personality assessment. *Clinical Psychology Review*, 4, 641-655.
- Garb, H. N. (1989). Clinical judgment, clinical training, and professional experience. *Psychological Bulletin*, 105, 387-396.
- Garb, H. N. (1997). Race bias, social class bias, and gender bias in clinical judgment. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 99-120.
- Garb, H. N. (1998). *Studying the clinician: Judgment research and psychological assessment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Garb, H. N. (2000). Computers will become increasingly important for psychological assessment: Not that there's anything wrong with that. *Psychological Assessment*, 12, 31-39.

- Garb, H. N. (2003). Incremental validity and the assessment of psychopathology in adults. *Psychological Assessment*, 15, 508-520.
- Garb, H. N., Florio, C. M., & Grove, W. M. (1998). The validity of the Rorschach and the Minnesota Multiphasic Personality Inventory: Results from metaanalyses. *Psychological Science*, 9, 402-404.
- Garcia, L. T., & Griffitt, W. (1978). Impact of testimonial evidence as a function of witness characteristics. *Bulletin of the Psychonomic Society*, 11, 37-40.
- Gardner, H. (1983). *Frames of mind: The theory of multiple intelligences*. New York: Basic Books.
- Gardner, H. (1999). *Intelligence reframed: Multiple intelligences for the 21st century*. New York: Basic Books.
- Garfield, S. L. (1989). *The practice of brief psychotherapy*. Elmsford, NY: Pergamon Press.
- Garfield, S. L. (1994). Research on client variables in psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 190-228). New York: Wiley.
- Garfield, S. L. (1996). Some problems associated with "validated" forms of psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3, 218-229.
- Garfield, S. L., & Kurtz, R. (1976). Clinical psychologists in the 1970s. *American Psychologist*, 31, 1-9.
- Geer, J. H. (1965). The development of a scale to measure fear. *Behavior Research and Therapy*, 3, 45-53.
- Gendlin, E. L. (1969). Focusing. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 6(1).
- Gendlin, E. L. (1981). *Focusing* (2nd ed.). New York: Bantam Books.
- Gendlin, E. L. (1988). Carl Rogers (1902-1987). *American Psychologist*, 43, 127-128.
- Gesten, E. L., & Jason, L. A. (1987). Social and community interventions. In M. R. Rosenzweig & L. W. Porter (Eds.), *Annual review of psychology*. Palo Alto, CA: Annual Reviews.
- Glass, D. C. (1977). *Behavior patterns, stress, and coronary disease*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Gleitman, H. (1981). *Psychology*. New York: Norton.
- Goldberg, I. R. (1965). Diagnosticians versus diagnostic signs: The diagnosis of psychosis versus neurosis from the MMPI. *Psychological Monographs*, 79 (9, Whole No. 602).
- Goldberg, I. R. (1971). A historical survey of personality scales and inventories. In P. McReynolds (Ed.), *Advances in psychological assessment* (Vol. 2). Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.

- Goldberg, I. R. (1991). Human mind versus regression equation: Five contrasts. In D. Cicchetti & W. M. Grove (Eds.), *Thinking clearly about psychology* (Vol. 1, pp. 173-184). Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Goldberg, I. R. (1993). The structure of phenotypic personality traits. *American Psychologist*, 48, 26-34.
- Golden, C. J. (1981). *Diagnosis and rehabilitation in clinical neuropsychology*. Springfield, IL: Charles C Thomas.
- Golden, C. J. (1984). Neuropsychology. In R. J. Corsini (Ed.), *Encyclopedia of psychology*. New York: Wiley-Interscience.
- Golden, C. J., Hammeke, T. A., & Purisch, A. O. (1978). Diagnostic validity of a standardized neuropsychological battery derived from Luria's neuropsychological tests. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 1258-1265.
- Golden, C. J., Purisch, A. O., & Hammeke, T. A. (1985). *Luria-Nebraska Neuropsychological Battery: Forms I and II manual*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Golden, C. J., Zillmer, E., & Spiers, M. (1992). *Neuropsychological assessment and intervention*. Springfield, IL: Charles C Thomas.
- Golden, M. (1964). Some effects of combining psychological tests on clinical inferences. *Journal of Consulting Psychology*, 28, 440-446.
- Goldfried, M. R. (1971). Systematic desensitization as training in self-control. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 37, 228-234.
- Goldfried, M. R. (1976). Behavioral assessment. In I. B. Weiner (Ed.), *Clinical methods in psychology*. New York: Wiley-Interscience.
- Goldfried, M. R., & Davison, G. C. (1976). *Clinical behavior therapy*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Goldfried, M. R., & Davison, G. C. (1994). *Clinical behavior therapy: Expanded edition*. New York: Wiley.
- Goldfried, M. R., Greenberg, L. S., & Marmar, C. (1990). Individual psychotherapy: Process and outcome. In M. R. Rosenzweig & L. W. Porter (Eds.), *Annual review of psychology*. Palo Alto, CA: Annual Reviews.
- Golding, S. L., & Rorer, L. G. (1972). Illusory correlation and subjective judgment. *Journal of Abnormal Psychology*, 80, 249-260.
- Goldstein, A. P., Heller, K., & Sechrest, L. B. (1966). *Psychotherapy and the psychology of behavior change*. New York: Wiley.
- Goldstein, G. (1997). Neuropsychological assessment of adults. In G. Goldstein, P. D. Nussbaum, & S. R. Beers (Eds.), *Neuropsychology* (pp. 63-81). New York: Plenum Press.

- Goldstein, G., & Shelly, C. (1984). Discriminative validity of various intelligence and neuropsychological tests. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 383-389.
- Goldstein, K., & Scheerer, M. (1941). Abstract and concrete behavior. *Psychological Monographs*, 53(2).
- Gomby, D. S., Lamer, M. B., Stevenson, C. S., Lewit, E. M., & Behrman, R. E. (1995). Long-term outcomes of early childhood programs: Analysis and recommendations. In R. E. Behrman (Ed.), *The future of children: Long-term outcomes of early childhood programs* (Vol. 5, No.3, pp. 6-24). Los Altos, CA: Center for the Future of Children.
- Good, G. E., Gilbert, L. A., & Scher, M. (1990). Gender aware therapy: A synthesis of feminist therapy and knowledge about gender. *Journal of Counseling and Development*, 68, 376-380.
- Goodstein, L. D. (1988). Report of the executive vice president: 1987. *American Psychologist*, 43, 491-498.
- Goodwin, A. H., & Sher, K. J. (1993). Effects of induced mood on diagnostic interviewing: Evidence for a mood and memory effect. *Psychological Assessment*, 5, 197-202.
- Gordon, L. V. (1967). Clinical, psychometric, and work sample approaches in the prediction of success in Peace Corps training. *Journal of Applied Psychology*, 51, 111-119.
- Gordon, R. (1983). An operational classification of disease prevention. *Public Health Reports*, 98, 107-109.
- Gordon, R. (1987). An operational classification of disease prevention. In J. A. Steinberg & M. M. Silverman (Eds.), *Preventing mental disorders* (pp. 20-26). Rockville, MD: Department of Health and Human Services.
- Goreczny, A. J., & Hersen, M. (1999). *Handbook of pediatric and health psychology*. Boston: Allyn & Bacon.
- Gortner, E. T., Gollan, J. K., Dobson, K. S., & Jacobson, N. S. (1998). Cognitive-behavioral treatment for depression: Relapse prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 377-384.
- Gottman, J., Notarius, C., Gonso, J., & Markman, H. (1976). *A couple's guide to communication*. Champaign, IL: Research Press.
- Could, S. J. (1981). *The mismeasure of man*. New York: Norton.
- Graham, J. R. (1990). *MMPT-2: Assessing personality and psychopathology*. New York: Oxford University Press.
- Grayson, H. M., & Tolman, R. S. (1950). A semantic study of concepts of clinical psychologists and psychiatrists. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 45, 216-231.

- Green, B. E., Jr. (1978). In defense of measurement. *American Psychologist*, 33, 664-670.
- Greenberg, L., Elliott, R., & Lietaer, G. (1994). Research on experiential psychotherapies. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 509-539). New York: Wiley.
- Greenberg, L. S., Elliott, R., & Lietaer, G. (2003). Humanistic-experiential psychotherapy. In G. Stricker & T. A. Widiger (Eds.), *Handbook of psychology: Vol. 8. Clinical psychology* (pp. 301-325). New York: Wiley.
- Greenberg, L. S., Rice, L. N., & Elliott, R. (1993). Facilitating emotional change: *The moment-by-moment process*. New York: Guilford Press.
- Greene, E., & Loftus, E. E. (1981). *When crimes are joined at trial: Institutionalized prejudice*. Paper presented at American Psychology-Law Society, Boston.
- Greist, J. H. (1998). The computer as clinician assistant: Assessment made simple. *Psychiatric Services*, 49(4), 467-468, 472.
- Greist, J. H., Klein, M. H., Erdman, H. P., Bires, J. K., Bass, S. M., Machtiger, P. E., et al. (1987). Comparison of computer- and interview-administered versions of the Diagnostic Interview Schedule. *Hospital and Community Psychiatry*, 38, 1304-1311.
- Grove, W. M., Zald, D. H., Lebow, B. S., Snitz, B. E., & Nelson, C. (2000). Clinical versus mechanical prediction: A meta-analysis. *Psychological Assessment*, 12, 19-30.
- Grossberg, J. M. (1964). Behavior therapy: A review. *Psychological Bulletin*, 62, 73-88.
- Guilford, J. P. (1959). *Personality*. New York: McGrawHill.
- Guilford, J. P. (1967). *The nature of human intelligence*. New York: McGraw-Hill.
- Gurin, G., & Gurin, P. (1970). Expectancy theory in the study of poverty. *Journal of Social Issues*, 26, 83-104.
- Gutheil, T. G. (1998). *The psychiatrist as expert witness*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Guyll, M., & Contrada, R. J. (1998). Trait hostility and ambulatory cardiovascular activity: Responses to social interaction. *Health Psychology*, 17, 30-39.
- Gynther, M. D. (1972). White norms and Black MMPIs: *A prescription for discrimination*. *Psychological Bulletin*, 78, 386-402.
- Gynther, M. D., & Green, S. B. (1980). Accuracy may make a difference, but does a difference make for accuracy? A response to Pritchard and Rosenblatt. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 268-272.
- Haaga, D. A. F., & Davison, G. C. (1993). An appraisal of rational-emotive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 215-220.

- Hadley, S. w., & Strupp, H. H. (1977). Evaluations of treatment in psychotherapy: Naivete or necessity? *Professional Psychology*, 8, 478-490.
- Hagen, M. L. (1997). Whores of the court: *The fraud of psychiatric testimony and the rape of American justice*. New York: HarperCollins.
- Hahlweg, K., & Markman, H.J. (1988). Effectiveness of behavioral techniques in preventing and alleviating marital distress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 440-447.
- Haley, J. (1971). *Changing families: A family therapy reader*. New York: Grune & Stratton.
- Haley, W. E., McDaniel, S. H., Bray, J. H., Frank, R. G., Heldring, M., Johnson, S. B., et al. (1998). Psychological practice in primary care settings: Practical tips for clinicians. *Professional Psychology: Research and Practice*, 29, 237-244.
- Hall, G. C. N., & Malony, H. N. (1983). Cultural control in psychotherapy with minority clients. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 20, 131-142.
- Hall, R. v., Lund, D., & Jackson, D. (1968). Effects of teacher attention on study behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1, 1-12.
- Halstead, W. C. (1947). *Brain and intelligence*. Chicago: University of Chicago Press.
- Handelsman, M. M. (1990). Do written consent forms influence clients' impressions of therapists? *Professional Psychology: Research and Practice*, 21, 451-454.
- Handelsman, M. M., & Galvin, M. D. (1988). Facilitating informed consent for outpatient psychotherapy: A suggested written format. *Professional Psychology: Research and Practice*, 19, 223-225.
- Handler, L. (1988). Monkey see, monkey do: The prescription-writing controversy. *Clinical Psychologist*, 41, 44-49.
- Harrison, R. (1965). Thematic apperceptive methods. In B. B. Wolman (Ed.), *Handbook of clinical psychology*. New York: McGraw-Hill.
- Hartlage, L. C. (1987). Neuropsychology: Definition and history. In L. C. Hartlage, M. J. Asken, & J. L. Homshy (Eds.), *Essentials of neuropsychological assessment*. New York: Springer.
- Hartmann, D. P., Roper, B. L., & Bradford, D. C. (1979). Some relationships between behavioral and traditional assessment. *Journal of Behavioral Assessment*, 1, 3-21.
- Hartmann, H. (1939). Psychoanalysis and the concept of health. *International Journal of Psychoanalysis*, 20, 308-321.
- Hartshorne, H., & May, M. A. (1928). *Studies in deceit*. New York: Macmillan.
- Hartshorne, H., May, M. A., & Maller, J. B. (1929). *Studies in service and self-control*. New York: Macmillan.

- Hartshorne, H., May, M. A., & Shuttleworth, F. K. (1930). *Studies in the organization of character*. New York: Macmillan.
- Hathaway, S. R. (1943). *The Minnesota Multiphasic Personality Inventory*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Hathaway, S. R., & McKinley, J. C. (1943). *Manual for the Minnesota Multiphasic Personality Inventory*. New York: Psychological Corporation.
- Hattie, J. A., Sharpley, C. F., & Rogers, H. J. (1984). Comparative effectiveness of professional and paraprofessional helpers. *Psychological Bulletin*, 95, 534-541.
- Hawkins, J. D., & Catalano, R. F. (1992). *Communities that care*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Hayes, S. C., & Heiby, E. (1996). Psychology's drug problem: Do we need a fix or should we just say no? *American Psychologist*, 51, 198-206.
- Hayes, S. C., Nelson, R. O., & Jarrett, R. B. (1987). The treatment utility of assessment: A functional approach to evaluating assessment quality. *American Psychologist*, 42, 963-974.
- Haynes, S. N. (1998). The changing nature of behavioral assessment. In A. S. Bellack & M. Hersen (Eds.), *Behavioral assessment: A practical handbook* (4th ed., pp. 1-21). Boston: Allyn & Bacon.
- Haynes, S. N. (2001). Introduction to special section on clinical applications of analogue behavioral observation. *Psychological Assessment*, 13, 3-4.
- Haynes, S. N., Richard, D. C. S., & Kubany, E. S. (1995). Content validity in psychological assessment: A functional approach to concepts and methods. *Psychological Assessment*, 7, 238-247.
- Hazellrigg, M. D., Cooper, H. M., & Borduin, C. M. (1987). Evaluating the effectiveness of family therapies: An integrative review and analysis. *Psychological Bulletin*, 101, 428-442.
- Heaton, R. K. (1981). *A manual for the card sorting test*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Hebb, D. O. (1978). Open letter: To a friend who thinks the IQ is a social evil [Comment]. *American Psychologist*, 33, 1143-1144.
- Heiby, E. M. (2002). Concluding remarks on the debate about prescription privileges for psychologists. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 709-722.
- Heimberg, R. G., & Becker, R. E. (2002). *Cognitive-behavioral group therapy for social phobia: Basic mechanisms and clinical strategies*. New York: Guilford Press.

- Hobbs, N. (1964). Mental health's third revolution. *American Journal of Orthopsychiatry*, 34, 822-833.
- Hodges, K., Kline, J., Fitch, P., McKnew, D., & Cytryn, L. (1981). The Child Assessment Schedule: A diagnostic interview for research and clinical use. *Catalogue of Selected Documents in Psychology*, 11, 56.
- Holden, W. W., Deichmann, M. M., & Levy, J. D. (1999). Empirically supported treatments in pediatric psychology: Recurrent pediatric headache. *Journal of Pediatric Psychology*, 24, 91-109.
- Hollingshead, A. B., & Redlich, F. C. (1958). *Social class and mental illness: A community study*. New York: Wiley.
- Hollon, S. D., & Beck, A. T. (1994). Cognitive and cognitive-behavioral therapies. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 428-466). New York: Wiley.
- Hollon, S., & Beck, A. T. (2004). Cognitive and cognitive behavioral therapies. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 447-492). New York: Wiley.
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The Social Readjustment Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Holroyd, K. A. (2002). Assessment and psychological management of recurrent headache disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 656-677.
- Holroyd, K. A., & Andrasik, F. (1982). A cognitivebehavioral approach to recurrent tension and migraine headache. In P. E. Kendell (Ed.), *Advances in cognitive-behavioral research and therapy* (Vol. 1). New York: Academic Press.
- Hooper, S. R., & Hynd, G. W. (1993). The neuropsychological basis of disorders affecting children and adolescents: An introduction. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22, 138-140.
- Horgen, K. B., & Brownell, K. D. (2002). Comparison of price change and health message interventions in promoting healthy food choices. *Health Psychology*, 21, 505-512.
- Horowitz, I. A., & Willging, T. E. (1984). *The psychology of law: Integrations and applications*. Boston: Little, Brown.
- Hothersall, D. (1984). *History of psychology* (2nd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Huber, P. W. (1993). *Galileo's revenge: Junk science in the courtroom*. New York: Basic Books.
- Humphreys, K., Winzelberg, A., & Klaw, E. (2000). Psychologists' ethical responsibilities in

- Heller, K (1990). Social and community intervention. In M. R. Rosenzweig & L. W. Porter (Eds.), *Annual review of psychology*. Palo Alto, CA: Annual Reviews.
- Heller, K., & Monahan, J. (1977). *Psychology and community change*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Heller, K, Price, R. H., Reinhartz, S., Riger, S., & Wandersman, A. (1984). *Psychology and community change: Challenges of the future*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Helmes, E., & Reddon, J. R. (1993). A perspective on developments in assessing psychopathology: A critical review of the MMPI and MMPI-2. *Psychological Bulletin*, 113, 453-471.
- Henderson, D., & Gillespie, R. D. (1950). A text-book of psychiatry for students and practitioners (7th ed.). Oxford, England: Oxford University Press.
- Henggeler, S.W. (1994). A consensus: Conclusions of the APA Task Force Report on innovative models of mental health services for children, adolescents, and their families. *Journal of Clinical Child Psychology*, 23(Suppl.), 3-6.
- Henry, B., Moffitt, T. E., Caspi, A., Langley, J., & Silva, P. A. (1994). On the "remembrance of things past": A longitudinal evaluation of the retrospective method. *Psychological Assessment*, 6, 92-101.
- Henry, W. P., Strupp, H. H., Schacht, T. E., & Gaston, L. (1994). Psychodynamic approaches. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 467-508). New York: Wiley.
- Herrnstein, R. L & Murray, C. A. (1994). *The bell curve: Intelligence and class structure in American life*. New York: Free Press.
- Hess, A. K. (1999). Serving as an expert witness. In A. K Hess & I. B. Weiner (Eds.), *The handbook of forensic psychology* (2nd ed., pp. 521-555). Danvers, MA: Wiley.
- Heyman, R. E. (2001). Observation of couple conflicts: Clinical assessment applications, stubborn truths, and shaky foundations. *Psychological Assessment*, 13, 5-35.
- Hill, C. E., & Lambert, M. J. (2004). Methodological issues in studying psychotherapy process and outcome. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 84-135). New York: Wiley.
- Hilliard, R. B., Henry, W. P., & Strupp, H. H. (2000). An interpersonal model of psychotherapy: Linking patient and therapist developmental history, therapeutic process, and types of outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 125-133.
- Hoag, M. J., & Burlingame, G. M. (1997). Evaluating the effectiveness of child and adolescent group treatment: A meta-analytic review. *Journal of Clinical Child Psychology*, 26, 234-246.

- Internet-based groups: Issues, strategies, and a call for dialogue. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31, 493-496.
- Hunsley, J., & Bailey, J. M. (1999). The clinical utility of the Rorschach: Unfulfilled promises and an uncertain future. *Psychological Assessment*, 11, 266-277.
- Hunsley, J., & Bailey, J. M. (2001). Whither the Rorschach? An analysis of the evidence. *Psychological Assessment*, 13, 472-485.
- Hunter, J. E., & Hunter, R. E. (1984). Validity and utility of alternative predictors of job performance. *Psychological Bulletin*, 96, 72-98.
- Insel, P. M., & Moos, R. H. (1974). Psychological environments: Expanding the scope of human ecology. *American Psychologist*, 29, 179-188.
- Institute of Medicine. (1994). *Summary: Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington, DC: National Academy Press.
- Isaacs, K. S., & Haggard, E. A. (1966). Some methods used in the study of affect in psychotherapy. In L. A. Gottschalk & A. H. Auerbach (Eds.), *Methods of research in psychotherapy*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Isaacs, M. R., & Benjamin, M. P. (1991). *Toward a cultural competent system of care* (Vol. 2). Washington, DC: Georgetown University Child Development Center.
- Iscoe, I. (1982). Toward a viable community health psychology: Caveats from the experiences of the community mental health movement. *American Psychologist*, 37, 961-965.
- Iscoe, I., & Harris, L. C. (1984). Social and community interventions. In M. R. Rosenzweig & L. W. Porter (Eds.), *Annual review of psychology*. Palo Alto, CA: Annual Reviews.
- Ivnik, R. J., Smith, G. E., Petersen, R. C., Boeve, B. E., Kokmen, E., & Tangalos, E. G. (2000). Diagnostic accuracy of four approaches to interpreting neuropsychological test data. *Neuropsychology*, 14, 163-177.
- Jackson, D. D. (1957). The question of family homeostasis. *Psychiatric Quarterly Supplement*, 31, 79-90.
- Jackson, D. D., & Weakland, J. H. (1961). Conjoint family therapy: Some considerations on theory, technique, and results. *Psychiatry*, 24, 30-45.
- Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.
- Jacobson, N. S., & Hollon, S. D. (1996). Cognitive-behavior therapy versus pharmacotherapy: Now that the jury's returned its verdict, it's time to present the rest of the evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 74-80.
- Jacobson, N. S., & Margolin, G. (1979). *Marital therapy: Strategies based on social learning and behavior exchange principles*. New York: Brunner/Mazel.
- James, W. H. (1890). *The principles of psychology* (Vol. 1). New York: Holt, Rinehart &

Winston.

- Jampala, v., Sierles, E., & Taylor, M. (1988). The use of DSM-III in the United States: A case of not going by the book. *Comprehensive Psychiatry*, 29, 39-47.
- Janicke, D. M., & Finney, J. W. (1999). Empirically supported treatments in pediatric psychology: Recurrent abdominal pain. *Journal of Pediatric Psychology*, 24, 115-127.
- Jeffrey, N. A. (1998, January 5). A new balancing act for psychotherapy: Therapists opt for self-review of costs to keep outsiders at bay. *The Wall Street Journal*, pp. B1, B6.
- Jelalian, E., & Saelens, B. E. (1999). Empirically supported treatments in pediatric psychology: Pediatric obesity. *Journal of Pediatric Psychology*, 24, 223-248.
- Jenkins v. United States, 307 E2d 637 (D.C. Cir. 1962).
- Jessor, R., Liverant, S., & OPOCHINSKY, S. (1963). Imbalance in need structure and maladjustment. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 66, 271-275.
- Johnson, S. M., & Greenberg, L. S. (1985). Differential effects of experiential and problem-solving interventions in resolving marital conflict. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 175-184.
- Johnson, S. M., Hunsley, J., Greenberg, L., & Schindler, D. (1999). Emotionally focused couples therapy: Status and challenges. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 67-79.
- Johnstone, B., & Frank, R. G. (1995). Neuropsychological assessment in rehabilitation: Current limitations and applications. *NeuroRehabilitation*, 5, 75-86.
- Jones, A. (1991). Psychological functioning in African Americans: A conceptual guide for use in psychotherapy. In R. L. Jones (Ed.), *Black psychology* (3rd ed., pp. 577-589). Berkeley, CA: Cobb & Henry.
- Jones, B. P., & Butters, N. (1991). Neuropsychological assessment. In M. Hersen, A. E. Kazdin, & A. S. Bellack (Eds.), *The clinical psychology handbook* (2nd ed., pp. 406-429). New York: Pergamon Press.
- Jones, M. C. (1924). The elimination of children's fears. *Journal of Experimental Psychology*, 7, 383-390.
- Jones, R. R., Reid, J. B., & Patterson, G. R. (1975). Naturalistic observation in clinical assessment. In P. McReynolds (Ed.), *Advances in psychological assessment* (Vol. 3). San Francisco: Jossey-Bass.
- Jourard, S. M. (1971). *Self-disclosure. An experimental analysis of the transparent self* New York: Wiley.
- Kagehiro, D. K. (1990). Psycholegal research on the Fourth Amendment. *Psychological*

Press.

- Kazdin, A. E. (1979). Nonspecific treatment factors in psychotherapy outcome research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 846-851.
- Kazdin, A. E. (1981). Drawing valid inferences from case studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 183-192.
- Kazdin, A. E. (1985). Selection of target behaviors: The relationship of the treatment focus to clinical dysfunction. *Behavioral Assessment*, 7, 33-47.
- Kazdin, A. E. (1988). *Child psychotherapy: Developing and identifying effective treatments*. Elmsford, NY: Pergamon Press.
- Kazdin, A. E. (2002). Psychosocial treatments for conduct disorder in children. In P. E. Nathan & J. M. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (2nd ed., pp. 57-85). New York: Oxford University Press.
- Kazdin, A. E. (2003a). Psychotherapy for children and adolescents. *Annual Review of Psychology*, 54, 253-276.
- Kazdin, A. E. (2003b). *Research design in clinical psychology* (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Kazdin, A. E., & Bass, D. (1989). Power to detect differences between alternative treatments in comparative psychotherapy outcome research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 138-147.
- Kazdin, A. E., Bass, D., Ayers, W. A., & Rodgers, A. (1990). Empirical and clinical focus of child and adolescent psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 729-740.
- Kazdin, A. E., & Crowley, M. (1997). Moderators of treatment outcome in cognitively based treatment of antisocial children. *Cognitive Therapy and Research*, 21, 185-207.
- Kazdin, A. E., & Weisz, J. R. (1998). Identifying and developing empirically supported child and adolescent treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 19-36.
- Keefe, E. J., Buffington, A. I. H., Studts, J. I., & Rumble, M. E. (2002). Behavioral medicine: 2002 and beyond. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 852-856.
- Keefe, R. S. E. (1995). The contribution of neuropsychology to psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 152, 6-15.
- Kelly, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs* (Vols. 1 and 2). New York: Norton.
- Kempler, W. (1973). Gestalt therapy. In R. J. Corsini (Ed.), *Current psychotherapies*. Itasca,

- Science*, 1, 187-193.
- Kahneman, D., & Tversky, A. (1973). On the psychology of prediction. *Psychological Review*, 80, 237-251.
- Kamphaus, R. W. (1993). *Clinical assessment of children's intelligence: A handbook for professional practice*. Boston: Allyn & Bacon.
- Kane, R. L., Parsons, O. A., Goldstein, G., & Moses, J. A., Jr. (1987). Diagnostic accuracy of the Halstead- Reitan and Luria-Nebraska neuropsychological batteries: Performance of clinical raters. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 783-784.
- Kanfer, E. H., & Phillips, J. S. (1970). *Learning foundations of behavior therapy*. New York: Wiley.
- Kanfer, R., Eyberg, S., & Krahn, G. I. (1992). Interviewing strategies in child assessment. In C. E. Walker, & M. C. Roberts (Eds.), *Handbook of clinical child psychology* (2nd ed., pp. 49-62). New York: Wiley.
- Kaplan, E., Fine, D., Morris, R., & Delis, D. C. (1991). *WAIS-R NI: Manual*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Kaplan, I. M., & Reich, W. (1991). *Manual for Diagnostic Interview for Children and Adolescents-Revised (DICA-R)*. St. Louis, MO: Washington University.
- Kaplan, M. (1983). A woman's view of DSM-III. *American Psychologist*, 38, 786-792.
- Kaslow, N. J., & Thompson, M. P. (1998). Applying the criteria for empirically supported treatments to studies of psychosocial interventions for child and adolescent depression. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 146-155.
- Kass, E., Spitzer, R. I., & Williams, J. B. (1983). An empirical study of the issue of sex bias in the diagnostic criteria of DSM-III Axis II personality disorders. *American Psychologist*, 38, 799-801.
- Kassin, S. M., & Wrightsman, I. S. (1979). On the requirements of proof: The timing of judicial instruction and mock juror verdicts. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1877-1887.
- Kassin, S. M., & Wrightsman, I. S. (1988). *The American jury on trial: Psychological perspectives*. New York: Hemisphere.
- Kaufman, A. S. (1990). *Assessing adolescent and adult intelligence*. Boston: Allyn & Bacon.
- Kaufman, K. I., Holden, E. W., & Walker, C. E. (1989). Future directions in pediatric and clinical child psychology. *Professional Psychology: Research and Practice*, 20, 148-152.
- Kazdin, A. E. (1977). *The token economy: A review and evaluation*. New York: Plenum

- with borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23, 151-167.
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. New York: International Universities Press.
- Korolitsch, W. J. & Nelson-Gray, R. O. (1999). An overview of self-monitoring research in assessment and treatment. *Psychological Assessment*, 11, 415-425.
- Koss, M. P., Butcher, J. N., & Strupp, H. H. (1986). Brief psychotherapy methods in clinical research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 60-67.
- Koss, M. P., & Shiang, J. (1994). Research on brief psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 664-700). New York: Wiley.
- Kramer, J. H., & Delis, D. C. (1997). Neuropsychological assessment of memory. In G. Goldstein, P. D. Nussbaum, & S. R. Beers (Eds.), *Neuropsychology* (pp. 333-356). New York: Plenum Press.
- Krasner, L. (1963). *The therapist as a social reinforcer: Man or machine*. Paper presented at the meeting of the American Psychological Association, Philadelphia.
- Krasner, L. (1971). The operant approach in behavior therapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley.
- Krech, D. (1962). Cortical localization of function. In L. Postman (Ed.), *Psychology in the making*. New York: Knopf.
- Kris, E. (1950). On preconscious mental processes. *Psychoanalytic Quarterly*, 19, 540-560.
- Kurke, M. I. (1980). Forensic psychology: A threat and a response. *Professional Psychology*, 11, 72-77.
- Lafferty, P., Beutler, L. E., & Crago, M. (1989). Differences between more and less effective psychotherapists: A study of select therapist variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 76-80.
- La Greca, A. M., & Stone, W. L. (1992). Assessing children through interviews and behavioral observations. In C. E. Walker & M. C. Roberts (Eds.), *Handbook of clinical child psychology* (2nd ed., pp. 63-83). New York: Wiley.
- Lahey, B. B., Hynd, G. W., Stone, P. A., Piacentini, J. C., & Frick, P. J. (1989). Neuropsychological test performance and the attention deficit disorders: Clinical utility of the Luria-Nebraska Neuropsychological Battery Children's Revision. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 112-116.
- Lamb, D. H., & Catanzaro, S. J. (1998). Sexual and nonsexual boundary violations involving psychologists, clients, supervisees, and students: Implications for professional practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 29, 498-503.
- Lambert, M. I., & Bergin, A. E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. In A. E. Bergin

- Kendall, P. C. (1993). Cognitive-behavioral therapies with youth: Guiding theory, current status, and emerging developments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 235-247.
- Kendall, P. C. (1994). Treating anxiety disorders in youth: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*, 100-110.
- Kent, R. N., & Foster, S. I. (1977). Direct observational procedures: Methodological issues in naturalistic settings. In A. R. Ciminero, K. S. Calhoun, & H. E. Adams (Eds.), *Handbook of behavioral assessment*. New York: Wiley.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., et al. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry, 51*, 8-19.
- Kiesler, C. A., & Morton, T. J. (1988). Psychology and public policy in the "health care revolution." *American Psychologist, 43*, 993-1003.
- Kiesler, D. J. (1966). Some myths of psychotherapy research and the search for a paradigm. *Psychological Bulletin, 65*, 110-136.
- Kipper, D. A., & Ritchie, T. D. (2003). The effectiveness of psychodramatic techniques: A meta-analysis. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice, 7*, 13-25.
- Klein, D. K. (1996). Preventing hung juries about therapy studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 81-87.
- Kleinmuntz, B. (1990). Why we still use our heads instead of formulas: Toward an integrative approach. *Psychological Bulletin, 107*, 296-310.
- Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rounsaville, B. J., & Chevron, E. S. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression*. New York: Basic Books.
- Knapp, S., & VandeCreek, L. (1997). Jaffe v. Redmond: The Supreme Court recognizes a psychotherapist-patient privilege in federal courts. *Professional Psychology: Research and Practice, 28*, 567-572.
- Knell, S. M. (1998). Cognitive-behavioral play therapy. *Journal of Clinical Child Psychology, 27*, 28-33.
- Kobak, K. A., Geist, J. H., Jefferson, J. W., & Katzelnick, D. J. (1996). Computer-assisted clinical rating scales: A review. *Psychopharmacology, 127*, 291-301.
- Kobasa, S. C., & Maddi, S. R. (1977). Existential personality theory. In R. J. Corsini (Ed.), *Current personality theories*. Itasca, IL: F. E. Peacock.
- Koerner, K., & Linehan, M. M. (2000). Research on dialectical behavior therapy for patients

- and disliked patients. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21, 385-391.
- Lehrer, P. M., Carr, R., Sargunaraj, D., & Woolfolk, R. L. (1994). Stress management techniques: Are they all equivalent, or do they have specific effects? *Biofeedback and Self-Regulation*, 19, 353-401.
- Leitenberg, H., Agras, W. S., Barlow, D. H., & Oliveau, D. C. (1969). Contribution of selective positive reinforcement and therapeutic instructions to systematic desensitization therapy. *Journal of Abnormal Psychology*, 74, 113-118.
- Levin, M. R., Ashmore-Callahan, S., Kendall, P. c., & Ichii, M. (1996). Treatment of separation anxiety disorder. In M. A. Reinecke et al. (Eds.), *Cognitive therapy with children and adolescents* (pp. 153-174). New York: Guilford Press.
- Levine, M., & Perkins, D. V. (1997). *Principles of community psychology: Perspectives and applications* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- Levitsky, A., & Perls, F. S. (1970). The rules and games of Gestalt therapy. In J. Fagan & I. L. Sheperd (Eds.), *Gestalt therapy now*. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.
- Levy, J. (1938). Relationship therapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 8, 64-69.
- Levy, L. H. (1963). *Psychological interpretation*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Levy, L. H. (1984). The metamorphosis of clinical psychology: Toward a new charter as human services psychology. *American Psychologist*, 39, 486-494.
- Lewit, E. M., & Baker, L. G. (1994). Race and ethnicity: Changes for children. *Future of Children*, 4(3), 134-144.
- Lezak, M. D. (1995). *Neuropsychological assessment* (3rd ed.). New York: Oxford University Press.
- Liberman, R. P. (1970). Behavioral approaches to family and couple therapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 40, 106-118.
- Liberman, R. P. (1972). Behavioral modification of schizophrenia: A review. *Psychological Bulletin*, 1, 37-48.
- Lidz, T., Comelison, A., Fleck, S., & Terry, D. (1957a). Intrafamilial environment of the schizophrenic patient: 1. The father. *Psychiatry*, 20, 329-342.
- Lidz, T., Comelison, A., Fleck, S., & Terry, D. (1957b). Intrafamilial environment of schizophrenic patients: 2. Marital schism and marital skew. *American Journal of Psychiatry*, 114, 241-248.
- Lilienfeld, S. O., WoodJ. M., & Garb, H. N. (2000). The scientific status of projective techniques. *Psychological Science in the Public Interest*, 1, 27-66.
- Lindsley, O. R., & Skinner, B. E (1954). A method for the experimental analysis of the

- & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 143-189). New York: Wiley.
- Lambert, M. I., DeJulio, S. S., & Stein, D. M. (1978). Therapist interpersonal skills: Process, outcome, method, ological considerations and recommendations for future research. *Psychological Bulletin*, 85, 467-489.
- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 139-193). New York: Wiley.
- Lambert, N. (1981). Psychological evidence in Larry P. v. Wilson Riles: An evaluation by a witness for the defense. *American Psychologist*, 36, 937-952.
- Lamiell, J. T. (1987). *The psychology of personality: An epistemological inquiry*. New York: Columbia University Press.
- Lamprey, P. R. (2002). Reducing heterosexual transmission of HIV in poor countries. *British Medical Journal*, 324, 207-211.
- Landman, J. T., & Dawes, R. M. (1982). Psychotherapy outcome: Smith and Glass' conclusions stand up under scrutiny. *American Psychologist*, 37, 504-516.
- Lang, P. J., & Lazovik, A. D. (1963). Experimental desensitization of a phobia. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 66, 519-525.
- Langer, E. J. & Rodin, J. (1976). The effects of choice and enhanced personal responsibility for the aged: A field experiment in an institutional setting. *Journal of Personality and Social Psychology*, 34, 191-198.
- Laurent, J., Swerdlik, M., & Ryburn, M. (1992). Review of the validity research on the Stanford-Binet Intelligence Scale-Fourth Edition. *Psychological Assessment*, 4, 102-112.
- Lazarus, A. A. (1961). Group therapy of phobic disorders by systematic desensitization. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 63, 504-510.
- Lazarus, A. A. (1971). *Behavior therapy and beyond*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, A. A. (1975). Multimodal behavioral therapy. In G. M. Gazda (Ed.), *Basic approaches to group psychotherapy and group counseling* (2nd ed.). Springfield, IL: Charles C Thomas.
- Lazarus, A. A. (1980). Toward delineating some causes of change in psychotherapy. *Professional Psychology*, 11, 863-870.
- Lazarus, R. S. (1984). Puzzles in the study of daily hassles. *Journal of Behavioral Medicine*, 7, 375-389.
- Lehman, A. K., & Salovey, P. (1990). Psychotherapist orientation and expectations for liked

- behavior of psychotic patients. *American Psychologist*, 9, 419-420.
- Lindzey, G. (1961). *Projective techniques and cross-cultural research*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Lindzey, G., Bradford, J., Tejesy, c., & Davids, A. (1959). Thematic Apperception Test: An interpretive lexicon for clinician and investigator. *Journal of Clinical Psychology Monograph Supplement* (No. 12).
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M., & Kehrer, C. A. (1993). Borderline personality disorder. In D. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (2nd ed., pp. 396-441). New York: Guilford Press.
- Linscott, J., & DiGiuseppe, R. (1998). Cognitive assessment. In A. S. Bellack & M. Hersen (Eds.), *Behavioral assessment: A practical handbook* (4th ed., pp. 104-125). Boston: Allyn & Bacon.
- Little, K. B., & Shneidman, E. S. (1959). Congruencies among interpretations of psychological test and anamnestic data. *Psychological Monographs*, 73 (6, Whole No. 476).
- Litwack, T. R. (2001). Actuarial versus clinical assessments of dangerousness. *Psychology, Public Policy, and Law*, 7, 409-443.
- Loftus, E. E (1979). *Eyewitness testimony*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Loftus, E. E (1983). Silence is not golden. *American Psychologist*, 38, 564-572.
- Loftus, E. E, Miller, D. G., & Burns, E.J. (1978). Semantic integration of verbal information into a visual memory. *Journal of Experimental Psychology*, 4, 19-31.
- Logue, M. B., Sher, K J., & Frensch, P. A. (1992). Purported characteristics of adult children of alcoholics: A possible "Barnum effect." *Professional Psychology: Research and Practice*, 23, 226-232.
- Loh, W. D. (1984). *Social research in the judicial process: Cases, readings, and text*. New York: Russell Sage Foundation.
- Lopez, S. R., Grover, K P., Holland, D., Johnson, M. J., Kain, C. D., Kanel, K, et al. (1989). Development of culturally sensitive psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 20, 369-376.
- Lowe Hays-Thomas, R. (2000). The silent conversation: Talking about the master's degree. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31, 339-345.
- Lubin, B. (1976). Group therapy. In I. B. Weiner (Ed.), *Clinical methods in psychology*.

- New York: WileyInterscience.
- Luria, A. R. (1973). *The working brain*. New York: Basic Books.
- MacKenzie, K. R. (1994). Where is here and when is now? The adaptational challenge of mental health reform for group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 44, 407-428.
- MacLeod, R. B. (1964). Phenomenology: A challenge to experimental psychology. In T. W. Wann (Ed.), *Behaviorism and phenomenology: Contrasting bases for modern psychology*. Chicago: University of Chicago Press.
- Maddi, S. R. (1989). *Personality theories: A comparative analysis* (5th ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Maddux, J. E., Brawley, L., & Boykin, A. (1995). Self-efficacy and healthy behavior: Prevention, promotion, and detection. In J. E. Maddux (Ed.), *Self-efficacy, adaptation, and adjustment: Theory, research, and application* (pp. 173-202). New York: Plenum Press.
- Mahoney, M. J. (1977a). Reflections on the cognitivelearning trend in psychotherapy. *American Psychologist*, 32, 5-13.
- Mahoney, M. J. (1977b). Some applied issues in selfmonitoring. In J. D. Cone & R. P. Hawkins (Eds.), *Behavioral assessment: New directions in clinical psychology*. New York: Brunner/Mazel.
- Maloney, M. P. (1985). *A clinician's guide to forensic assessment*. New York: Free Press.
- Maloney, M. P., & Ward, M. P. (1976). *Psychological assessment: A conceptual approach*. New York: Oxford University Press.
- Mann, P. A. (1978). *Community psychology: Concepts and applications*. New York: Free Press.
- Manne, S. L., Redd, W. H., Jacobsen, P. B., Gorfinkle, K., Schorr, O., & Rapkin, B. (1990). Behavioral intervention to reduce child and parent distress during venipuncture. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 565-572.
- Margolin, G. (1982). Ethical and legal considerations in marital and family therapy. *American Psychologist*, 37, 788-801.
- Mariotto, M. J., & Paul, G. L. (1974). A multimethod validation of the Inpatient Multidimensional Psychiatric Scale with chronically institutionalized patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 497-508.
- Markowitz, J. C. (1998). *Interpersonal psychotherapy*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention maintenance strategies in the*

- problems. In C. E. Walker & M. C. Roberts (Eds.), *Handbook of clinical child psychology* (2nd ed., pp. 163-180). New York: Wiley.
- McFall, R. M. (1991). Manifesto for a science of clinical psychology. *Clinical Psychologist*, 44, 75-88.
- McFall, R. M. (2002). Training for prescriptions vs. prescriptions for training: Where are we now? Where should we be? How do we get there? *Journal of Clinical Psychology*, 58, 659-676.
- McFall, R. M., & Lillesand, D. V. (1971). Behavior rehearsal with modeling and coaching in assertive training. *Journal of Abnormal Psychology*, 77, 313-323.
- McGee, R. K. (1974). *Crisis intervention in the community*. Baltimore: University Park Press.
- McGinley, I. (1998, September 15). U.S. health costs are expected to double by 2007. *The Wall Street Journal*, pp. A2, A4.
- McGue, M., Bouchard, T. J., Jr., Iacono, W. G., & Lykken, D. T. (1993). Behavioral genetics of cognitive ability: A life-span perspective. In R. Plomin & G. E. McClearn (Eds.), *Nature, nurture, and psychology* (pp. 59-76). Washington, DC: American Psychological Association.
- McLean, P. D., Woody, S., Taylor, S., & Koch, W. J. (1998). Comorbid panic disorder and major depression: Implications for cognitive-behavioral therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 240-247.
- McMullen, S., & Rosen, R. C. (1979). Self-administered masturbation training in the treatment of primary orgasmic dysfunction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 912-918.
- McQuaid, E. I., & Nassau, J. H. (1999). Empirically supported treatments of disease-related symptoms in pediatric psychology: Asthma, diabetes, and cancer. *Journal of Pediatric Psychology*, 24, 305-328.
- McReynolds, P. (1975). Historical antecedents of personality assessment. In P. McReynolds (Ed.), *Advances in psychological assessment* (Vol. 3). San Francisco: Jossey-Bass.
- McReynolds, P. (1987). Lightner Witmer: Little-known founder of clinical psychology. *American Psychologist*, 42, 849-858.
- McReynolds, P. (1996). Lightner Witmer: A centennial tribute. *American Psychologist*, 51, 237-240.
- McWilliams, N., & Weinberger, J. (2003). Psychodynamic psychotherapy. In G. Stricker & T. A. Widiger (Eds.), *Handbook of psychology: Vol. 8. Clinical psychology* (pp. 253-277). New York: Wiley.
- Meador, B. D., & Rogers, C. R. (1984). Client-centered therapy. In R. J. Corsini (Ed.),

- treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- Marques, C. (1998). Manual-based treatment and clinical practice. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 400-402.
- Martin, S. (1995). APA to pursue prescription privileges. *APA Monitor*, 26, 6.
- Marx, A. J., Test, M. A., & Stein, L. I. (1973). Extrahospital management of severe mental illness. *Archives of General Psychiatry*, 29, 505-511.
- Mash, E. J., & Wolfe, D. A. (2002). *Abnormal child psychology* (2nd ed.). Belmont, CA: Wadsworth/ Thomson Learning.
- Masling, J. (1960). The influence of situational and interpersonal variables in projective testing. *Psychological Bulletin*, 57, 65-85.
- Maslow, A. H. (1962). *Toward a psychology of being*. Princeton, NJ: Van Nostrand.
- Masserman, J. H. (1943). *Behavior and neurosis: An experimental psycho-analytic approach to psychobiologic principles*. Chicago: University of Chicago Press.
- Masten, A. S., & Coatsworth, J. D. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children. *American Psychologist*, 53, 205-220.
- Matarazzo, J. D. (1972). *Wechsler's measurement and appraisal of adult intelligence* (5th and enlarged ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35, 807-817.
- Matarazzo, J. D. (1983). The reliability of psychiatric and psychological diagnosis. *Clinical Psychology Review*, 3, 103-145.
- Matarazzo, J. D. (1986). Computerized clinical psychological test interpretations: Unvalidated plus all mean and no sigma. *American Psychologist*, 41, 14-24.
- Mathews, A. M. (1971). Psychophysiological approaches to the integration of desensitization and related procedures. *Psychological Bulletin*, 76, 73-91.
- Maton, K. (1988). Social support, organizational characteristics, psychological well-being, and group appraisal in three self-help group populations. *American Journal of Community Psychology*, 16, 53-78.
- Mayne, I. J., Norcross, J. C., & Sayette, M. A. (1994a). Admission requirements, acceptance rates, and financial assistance in clinical psychology programs: Diversity across the practice-research continuum. *American Psychologist*, 49, 806-811.
- McConaughy, S. H. (1992). Objective assessment of children's behavioral and emotional

- Menditto, A. A., Beck, N. C., Stuve, P., Fisher, J. A., Stacy, M., Logue, M. B., et al. (1996). Effectiveness of clozapine and a social learning program for severely disabled psychiatric inpatients. *Psychiatric Services*, 47, 46-51.
- Menninger, K. (1963). *The vital balance: The life process in mental health and illness*. New York: Viking Press.
- Mental health: Does therapy help? (1995, November). *Consumer Reports*, pp. 734-739.
- Meyer, A. E. (1981). The Hamburg short psychotherapy comparison experiment. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 35, 81-207.
- Meyer, G. J. (1997a). Assessing reliability: Critical corrections for a critical examination of the Rorschach Comprehensive System. *Psychological Assessment*, 9, 480-489.
- Meyer, G. J. (1997b). Thinking clearly about reliability: More critical corrections regarding the Rorschach Comprehensive System. *Psychological Assessment*, 9, 480-489.
- Meyer, G. J. (1999). Introduction to the special series on the utility of the Rorschach for clinical assessment. *Psychological Assessment*, 11, 235-239.
- Meyer, G. J. (2001). Introduction to the final special section in the special series on the utility of the Rorschach for clinical assessment. *Psychological Assessment*, 13, 419-422.
- Meyerowitz, B. E., Richardson, J., Hudson, S., & Leedham, B. (1998). Ethnicity and cancer outcomes: Behavioral and psychosocial considerations. *Psychological Bulletin*, 123, 47-70.
- Miller, J. O., & Gross, S. J. (1973). Curvilinear trends in outcome research. *Journal of Consulting Psychology*, 41, 242-244.
- Miller, N. E. (1983). Behavioral medicine: Symbiosis between laboratory and clinic. In M. R. Rosenzweig & L. W. Porter (Eds.), *Annual review of psychology* (Vol. 34). Palo Alto, CA: Annual Reviews.
- Mio, J. S., & Morris, D. R. (1990). Cross-cultural issues in psychology training programs: An invitation for discussion. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21, 434-441.
- Mischel, W. (1968). *Personality and assessment*. New York: Wiley.
- Monahan, J. (1976). The prevention of violence. In J. Monahan (Ed.), *Community mental health and the criminal justice system*. New York: Pergamon Press.
- Monahan, J. (1981). *Predicting violent behavior: An assessment of clinical techniques*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Monahan, J. (1992). Mental disorder and violent behavior: Perceptions and evidence.

- Current psychotherapies* (2nd ed.). Itasca, IL: F. E. Peacock.
- Medway, F. J., & Updike, J. F. (1985). Meta-analysis of consultation outcome studies. *American Journal of Community Psychology*, 13, 489-505.
- Meehl, P. E. (1945). An investigation of a general normality or control factor in personality testing. *Psychological Monographs*, 59(4, Whole No. 274).
- Meehl, P. E. (1954). Clinical versus statistical prediction. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Meehl, P. E. (1956). Wanted-A good cookbook. *American Psychologist*, 11, 263-272.
- Meehl, P. E. (1957). When shall we use our heads instead of the formula? *Journal of Counseling Psychology*, 4, 268-273.
- Meehl, P. E. (1965). Seer over sign: The first good example. *Journal of Experimental Research in Personality*, 1, 27-32.
- Meehl, P. E. (1977). Why I do not attend case conferences. In P. E. Meehl (Ed.), *Psychodiagnosis: Selected papers* (pp. 225-302). New York: Norton. (First published by the University of Minnesota, 1973)
- Meehl, P. E. (1986). Causes and effects of my disturbing little book. *Journal of Personality Assessment*, 50, 370-375.
- Meehl, P. E., & Rosen, A. (1955). Antecedent probability and the efficiency of psychometric signs, patterns, or cutting scores. *Psychological Bulletin*, 52, 194-216.
- Mehta, M. (1990). A comparative study of family-based and patient-based behavioral management in obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 157, 133-135.
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-behavior modification: An integrative approach*. New York: Plenum Press.
- Meichenbaum, D. (1996). Stress inoculation training for coping with stressors. *Clinical Psychologist*, 49, 4-7.
- Meier, M. J. (1997). The establishment of clinical neuropsychology as a psychological specialty. In M. E. Maruish & J. A. Moses (Eds.), *Clinical neuropsychology: Theoretical foundations for practitioners* (pp. 1-31). Mahwah, NJ: LEA.
- Melamed, B. G., & Siegel, L. J. (1975). Reduction of anxiety in children facing hospitalization and surgery by use of filmed modeling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 511-521.
- Melton, G. B., Huss, M. T., & Tomkins, A. J. (1999). Training in forensic psychology and the law. In A. K. Hess & I. B. Weiner (Eds.), *The handbook of forensic psychology* (2nd ed., pp. 700-720). Danvers, MA: Wiley.
- Meltzoff, J. (1984). Research training for clinical psychologists: Point-counterpoint.

- Monroe, S. M., & Simons, A. D. (1991). Diathesis-stress theories in the context of life stress research: Implications for the depressive disorders. *Psychological Bulletin*, 110, 406-425.
- Moos, R., & Moos, B. (1981). *Family environment scale manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
- Mora, C. D., & Bornstein, R. A. (1997). Evaluation of cerebrovascular disease. In G. Goldstein, P. D. Nussbaum, & S. R. Beers (Eds.), *Neuropsychology* (pp. 171-186). New York: Plenum Press.
- Moras, K., Telfer, L. A., & Barlow, D. H. (1993). Efficacy and specific effects data on new treatments: A case study strategy with mixed anxiety-depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 412-420.
- Moreland, K. L. (1985). Validation of computer-based test interpretations: Problems and prospects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 816-825.
- Moreno, J. L. (1946). *Psychodrama* (2nd ed., Vol. 1). New York: Beacon House.
- Moreno, J. L. (1947). *The theatre of spontaneity*. New York: Beacon House.
- Moreno, J. L. (1959). Psychodrama. In S. Arieti (Ed.), *American handbook of psychiatry* (Vol. 2). New York: Basic Books.
- Morey, L., & Ochoa, E. (1989). An investigation of adherence to diagnostic criteria: Clinical diagnosis of the DSM-III personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 3, 180-192.
- Morgan, C. D., & Murray, H. A. (1935). A method for investigating fantasies: The Thematic Apperception Test. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 34, 289-306.
- Mullins, L. L., Hartman, V. L., Chaney, J. M., Balderson, B. H. K., & Hoff, A. L. (2003). Training experiences and theoretical orientations of pediatric psychologists. *Journal of Pediatric Psychology*, 28, 115-122.
- Munsterberg, H. (1908). *On the witness stand*. New York: Doubleday, Page.
- Murray, D. M., Richards, P. S., Luepker, R. v., & Johnson, C. A. (1987). The prevention of cigarette smoking in children: Two- and three-year follow-up comparisons of four prevention strategies. *Journal of Behavioral Medicine*, 10, 596-611.
- Murstein, B. I. (1958). Nonprojective determinants of perception on the TAT. *Journal of Consulting Psychology*, 22, 195-198.
- Naranjo, C. (1970). Present-centeredness: Technique, prescription, and ideal. In J. Fagan &

- I. Sheperd (Eds.), *Gestalt therapy now*. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.
- Nash, E. H., Hoehn-Saric, R., Battle, C. C., Stone, A. R., Imber, S. D., & Frank, J. D. (1965). Systematic preparation of patients for short-term psychotherapy: 2. Relation to characteristics of patient, therapist, and the psychotherapeutic process. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 140, 388-399.
- Nathan, P. E. (1998). Practice guidelines: Not ideal yet. *American Psychologist*, 53, 290-299.
- Nathan, P. E., & Gorman, J. M. (1998). Treatments that work-and what convinces us they do. In P. E. Nathan & J. M. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (pp. 1-25). New York: Oxford University Press.
- National Center for Health Statistics (NCHS). (2001). *Health, United States, 2001*. Hyattsville, MD: U.S. Government Printing Office.
- Neisser, U. (1979). The concept of intelligence. In R. J. Sternberg & D. K. Dettermen (Eds.), *Human intelligence: Perspectives on its theory and measurement*. Norwood, NJ: Ablex.
- Neisser, U., Boodoo, G., Bouchard, T. J., Jr., Boykin, A. W., Brody, N., Ceci, S. J., et al. (1996). Intelligence: Knowns and unknowns. *American Psychologist*, 51, 77-101.
- Newmark, C. S., Woody, G. G., Finch, A. J., Jr., & Ziff, D. R. (1980). MMPI short forms: A different perspective. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 279-283.
- Nickelson, D. W. (1995). The future of professional psychology in a changing health care marketplace: A conversation with Russ Newman. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26, 366-370.
- Nietzel, M. T., & Dillehay, R. C. (1986). *Psychological consultation in the courtroom*. New York: Pergamon Press.
- Nietzel, M. T., & Fisher, S. G. (1981). Effectiveness of professional and paraprofessional helpers: A comment on Durlak. *Psychological Bulletin*, 89, 555-565.
- Nietzel, M. T., Wi nett, R. A., MacDonald, M. L., & Davidson, W. S. (1977). *Behavioral approaches to community psychology*. New York: Pergamon Press.
- Nisbett, R. E., & Ross, L. (1980). Human inference: *Strategies and shortcomings of social judgment*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Norcross, J. C., Castle, P. H., Sayette, M. A., & Mayne, T. J. (in press). The Psy.D.: Heterogeneity in practitioner training. *Professional Psychology: Research and Practice*.
- Norcross, J. C., Hedges, M., & Castle, P. H. (2002). Psychologists conducting psychotherapy in 2001: A study of Division 29 membership. *Psychotherapy: Theory/Research/Practice/Training*, 39, 97-102.
- Norcross, J. C., Karg, R. S., & Prochaska, J. O. (1997a). Clinical psychologists in the 1990s:

- predictive accuracy. *Law and Human Behavior*, 22, 453-455.
- Ollendick, T. H., & Hersen, M. (1998). *Handbook of child psychopathology* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Ollendick, T. H., & King, N.J. (1998). Empirically supported treatments for children with phobic and anxiety disorders: Current status. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 156-167.
- Olson, D. H., Portner, J., & Lavee, Y. (1985). *FACES III*. Unpublished manuscript, Department of Family Social Science, University of Minnesota.
- Orford, J. (1992). *Community psychology: Theory and practice*. New York: Wiley.
- Orlinksy, D. E., Ronnestad, M. H., & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process/outcome research: Continuity and change. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 307-389). New York: Wiley.
- OSS Assessment Staff. (1948). *Assessment of men: Selection of personnel for the Office of Strategic Services*. New York: Rinehart.
- Pace, T. M., Chaney, J. M., Mullins, L. L., & Olson, R. A. (1995). Psychological consultation with primary care physicians: Obstacles and opportunities in the medical setting. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26, 123-131.
- Padawer-Singer, A. M., & Barton, A. H. (1975). The impact of pretrial publicity on jurors' verdicts. In R. J. Simon (Ed.), *The jury system in America*. Newbury Park, CA: Sage.
- Paniagua, F. A. (1998). *Assessing and treating culturally diverse clients: A practical guide* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Parker, K. C. H. (1983). A meta-analysis of the reliability and validity of the Rorschach. *Journal of Personality Assessment*, 47, 227-231.
- Parker, K. C. H., Hanson, R. K., & Hunsley, J. (1988). MMPI, Rorschach, and WAIS: A meta-analytic comparison of reliability, stability, and validity. *Psychological Bulletin*, 103, 367-373.
- Parks, C. W., Jr., & Hollon, S. D. (1988). Cognitive assessment. In A. S. Bellack & M. Hersen (Eds.), *Behavioral assessment: A practical handbook* (pp. 161-212). New York: Pergamon Press.
- Parloff, M. B., London, P., & Wolfe, B. (1986). Individual psychotherapy and behavior change. In M. R. Rosenzweig & L. W. Porter (Eds.), *Annual review of psychology* (Vol. 37). Palo Alto, CA: Annual Reviews.
- Parsons, O. A. (1986). Overview of the Halstead-Reitan Battery. In T. Incagnoli, G.

Part I. *Clinical Psychologist*, 50(2), 4-9.

Norcross, J. C., Karg, R. S., & Prochaska, J. O. (1997b). Clinical psychologists in the 1990s:

Part II. *Clinical Psychologist*, 50(3), 4-11.

Norcross, J. C., Karpiak, C. P., & Santoro, S. M. (2004). *Clinical psychologists in the 2000s: A national study*. Manuscript under review.

Norcross, J. C., & Prochaska, J. O. (1982). A national survey of clinical psychologists: Characteristics and activities. *Clinical Psychologist*, 35(1), 5-8.

Norcross, J. C., Prochaska, J. O., & Gallagher, K. M. (1989a). Clinical psychologists in the 1980s: I. Demographics, affiliations, and satisfactions. *Clinical Psychologist*, 42, 29-39.

Norcross, J. C., Prochaska, J. O., & Gallagher, K. M. (1989b). Clinical psychologists in the 1980s: II. Theory, research, and practice. *Clinical Psychologist*, 42, 45-53.

Norcross, J. C., Sayette, M. A., & Mayne, T. J. (2002). *Insider's guide to graduate programs in clinical and counseling psychology* (2002/2003 ed.). New York: Guilford Press.

Norcross, J. C., Sayette, M. A., Mayne, T. J., Karg, R. S., & Turkson, M. A. (1998). *Selecting a doctoral program in professional psychology: Some comparisons among Ph.D. counseling, Ph.D. clinical, and Psy.D. clinical psychology programs*. *Professional Psychology: Research and Practice*, 29, 609-614.

Norfleet, M. A. (2002). Responding to society's needs: Prescription privileges for psychologists. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 599-610.

Novaco, R. W. (1977). Stress inoculation: A cognitive therapy for anger and its application to a case of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, 600-608.

Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill.

Oakland, T., & Glutting, J. J. (1990). Examiner observations of children's WISC-R test-related behaviors: Possible socioeconomic status, race, and gender effects. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2, 86-90.

O'Brien, W. H., McGrath, J. J., & Haynes, S. M. (2003). Assessment of psychopathology with behavioral approaches. In J. R. Graham & J. A. Naglieri (Eds.), *Handbook of psychology: Vol. 10. Assessment psychology* (pp. 509-529). Hoboken, NJ: Wiley.

Ogloff, J. R. P. (1991). A comparison of insanity defense standards on juror decision making. *Law and Human Behavior*, 15, 509-531.

Ogloff, J. R. P. (1998). The risk assessment enterprise: Selective incapacitation of increased

- Goldstein, & c. J. Golden (Eds.), *Clinical application of neuropsychological test batteries*. New York: Plenum Press.
- Patterson, G. R. (1971). *Families: Applications of social learning to family life*. Champaign, IL: Research Press.
- Patterson, G. R. (1977). Naturalistic observation in clinical assessment. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 5, 307-322.
- Patterson, G. R., & Forgatch, M. S. (1995). Predicting future clinical adjustment from treatment outcome and process variables. *Psychological Assessment*, 7, 275-285.
- Paul, G. L. (1967). Strategy of outcome research in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 31, 109-118.
- Paul, G. L., & Lentz, R. J. (1977). *Psychosocial treatment of chronic mental patients Milieu versus social learning programs*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Pedersen, N. L., Plomin, R., Nesselroade, J. R., & McClearn, G. E. (1992). A quantitative genetic analysis of cognitive abilities during the second half of the life span. *Psychological Science*, 3, 346-353.
- Pedro-Carroll, J. (1997). The children of divorce intervention program: Fostering resilient outcomes for school-aged children. In G. W. Albee & T. P. Gullotta (Eds.), *Primary prevention works* (pp. 213-238). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Pelham, W. E., & Hinshaw, S. P. (1992). Behavioral intervention for attention-deficit hyperactivity disorder. In S. M. Turner, K. S. Calhoun, & H. E. Adams (Eds.), *Handbook of clinical behavior therapy* (2nd ed., pp. 259-283). New York: Wiley.
- Pelham, W. E., Wheeler, T., & Chronis, A. (1998). Empirically supported treatments for attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 190-205.
- Perls, F. S. (1947). *Ego, hunger, and aggression*. London: Allen and Unwin.
- Perls, F. S. (1969a). *Gestalt therapy verbatim*. Lafayette, CA: Real People Press.
- Perls, F. S. (1969b). *In and out the garbage pail*. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.
- Perls, F. S. (1970). Four lectures. In J. Fagan & I. L. Sheperd (Eds.), *Gestalt therapy now*. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.
- Perls, F. S. (1973). *The Gestalt approach and eyewitness to therapy*. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.
- Perls, F. S., Hefferline, R. F., & Goodman, P. (1951). *Gestalt therapy*. New York: Julian

Press.

Perry v. *Louisiana*, 111 S.Ct. 449 (1990).

Persons, J. B. (1995). Why practicing psychologists are slow to adopt empirically validated treatments. In S. C. Hayes, V. M. Follette, R. M. Dawes, & K. E. Grady (Eds.), *Scientific standards of psychological practice: Issues and recommendations* (pp. 141-157). Reno, NV: Context Press.

Peterson, D. R. (1968). The doctor of psychology program at the University of Illinois. *American Psychologist*, 23, 511-516.

Peterson, D. R. (1971). Status of the doctor of psychology program. *Professional Psychology*, 2, 271-275.

Peterson, D. R. (1997). Educating professional psychologists: History and guiding conception. Washington, DC: *American Psychological Association*.

Peterson, J. (1995). How are psychologists perceived by the public? *APA Monitor*, 26, 31.

Peterson, L., & Bell-Dolan, D. (1995). Treatment outcome research in child psychology: Realistic coping with the "Ten Commandments of methodology." *Journal of Clinical Child Psychology*, 24, 149-162.

Peterson, L., & Brown, D. (1994). Integrating child injury and abuse-neglect research: Common histories, etiologies, and solutions. *Psychological Bulletin*, 116, 293-315.

Peterson, L., & Roberts, M. C. (1992). Complacency, misdirection, and effective prevention of children's injuries. *American Psychologist*, 47, 1040-1044.

Peterson, L., & Sobell, L. (1994). Introduction to the state-of-the-art review series: Research contributions to clinical assessment. *Behavior Therapy*, 25, 523-531.

Peterson, L., Zink, M., & Farmer, J. (1992). Prevention of disorders in children. In C. E. Walker & M. C. Roberts (Eds.), *Handbook of clinical child psychology* (2nd ed., pp. 951-965). New York: Wiley.

Peterson, R. L., Peterson, D. R., Abrams, J. c., & Stricker, G. (1997). The National Council of Schools and Programs of Professional Psychology educational model. *Professional Psychology*, 28, 373-386.

Pfohl, B., Blum, N., & Zimmerman, M. (1994). *Structured interview for DSM-IV personality: SIDP-IV*. Iowa City, IA: Author.

Phares, E.J. (1976). *Focus of control in personality*. Morristown, NJ: General Learning Press.

Phares, E. J. (1991). *Introduction to personality* (3rd ed.). New York: HarperCollins.

- In C. E. Walker & M. C. Roberts (Eds.), *Handbook of clinical child psychology* (2nd ed., pp. 859-872). New York: Wiley.
- Psychological Corporation. (1997). *WAIS-III/WMS-III: Technical manual*. San Antonio, TX: Author.
- Quinsey, V. L., Harris, G. T., Rice, M. E., & Cormier, C. A. (1999). *Violent offenders: Appraising and managing risk*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Rachman, S. (1973). The effects of psychotherapy. In H. J. Eysenck (Ed.), *Handbook of abnormal psychology*. San Diego, CA: Knapp.
- Raimy, V. C. (Ed.). (1950). *Training in clinical psychology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Rapaport, D. (1946). *Diagnostic psychological testing* (Vol. 2). Chicago: Yearbook Publishers.
- Rapaport, D. (1953). On the psychoanalytic theory of affects. *International Journal of Psycho-Analysis*, 34, 177-198.
- Rappaport, J. (1977). *Community psychology: Values, research, and action*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Rappaport, J. (1981). In praise of paradox: A social policy of empowerment over prevention. *American Journal of Community Psychology*, 9, 1-25.
- Rappaport, J. (1987). Terms of empowerment/exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 15, 121-148.
- Rappaport, J., & Seidman, E. (2000). *Handbook of community psychology*. New York: Kluwer/Plenum Press.
- Rathus, S. A. (1973). A 30-item schedule for assessing assertive behavior. *Behavior Therapy*, 4, 398-406.
- Reid, J. B. (1970). Reliability assessment of observation data: A possible methodological problem. *Child Development*, 41, 1143-1150.
- Reise, S. P., Waller, N. G., & Comrey, A. L. (2000). Factor analysis and scale revision. *Psychological Assessment*, 12, 287-297.
- Reisman, J. M. (1976). *A history of clinical psychology* (enlarged ed.). New York: Irvington.
- Reitan, R. M. (1969). *Manual for administration of neuropsychological test batteries for adults and children*. Indianapolis, IN: Author.
- Reitan, R. M., & Davison, L. A. (1974). *Clinical neuropsychology: Current status and*

- Philipson, I. J. (1993). On the shoulders of women: *The feminization of psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Piacentini, J. C., Cohen, P., & Cohen, J. (1992). Combining discrepant diagnostic information from multiple sources: Are complex algorithms better than simple ones? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20, 51-63.
- Piedmont, R. L., SOkolove, R. L., & Fleming, M. Z. (1989). An examination of some diagnostic strategies involving the Wechsler scales. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1, 181-185.
- Plomin, R., DeFries, J. C., & McCleam, G. E. (1990). *Behavioral genetics: A primer* (2nd ed.). New York: W. H. Freeman.
- Podell, K., DeFina, P. A., Barrett, P. McCullen, A., & Goldberg, E. (2003). Assessment of neuropsychological functioning. In J. R. Graham & J. A. Naglieri (Eds.), *Handbook of psychology: Vol. 10. Assessment psychology* (pp. 443-465). New York: Wiley.
- Pollock, E.J. (1998, January 5). With "case rates, " cures come fast or the doctor incurs a loss. *The Wall Street Journal*, pp. B1, B6.
- Pomerantz, A. M., & Handelsman, M. H. (2004). Informed consent revisited: An updated written question format. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35, 201-205.
- Pope, K. S., & Vetter, V. A. (1992). Ethical dilemmas encountered by members of the American Psychological Association: A national survey. *American Psychologist*, 47, 397-411.
- Powers, C. W. (1999). Empirically supported treatments in pediatric psychology: Procedure-related pain. *Journal of Pediatric Psychology*, 24, 131-145.
- Poythress, N. G., Jr. (1979). A proposal for training in forensic psychology. *American Psychologist*, 34, 612-621.
- Premack, D. (1959). Toward empirical behavior laws: I. Positive reinforcement. *Psychological Review*, 66, 219-233.
- Price, R. H., Cowen, E. L., Lorion, R. P., & RamosMcKay, J. (Eds.). (1988). Fourteen ounces of prevention: A casebook for practitioners. Washington, DC: *American Psychological Association*.
- Prinz, R. J., & Kent, R. N. (1978). Recording parentadolescent interactions without the use of frequency or interval-by-interval coding. *Behavior Therapy*, 9, 602-604.
- Pritchard, D. A., & Rosenblatt, A. (1980). Racial bias in the MMPI: A methodological review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 263-267.
- Pruitt, S. D., & Elliott, C. H. (1992). Pediatric psychology: Current issues and developments.

- interviews. *Archives of General Psychiatry*, 42, 918-924.
- Robins, L. N., & Guze, S. B. (1970). Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: Its application to schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 126, 107-111.
- Robins, L. N., & Helzer, J. E. (1986). Diagnosis and clinical assessment: The current state of psychiatric diagnosis. In M. R. Rosenzweig & L. W. Porter (Eds.), *Annual review of psychology* (Vol. 37). Palo Alto, CA: Annual Reviews.
- Robinson, H. B., & Robinson, N. M. (1965). *The mentally retarded child*. New York: McGraw-Hill.
- Roe, A. (1953). A psychological study of eminent psychologists and anthropologists, and a comparison with biological and physical scientists. *Psychological Monographs General and Applied*, 67(No. 352).
- Rogers, C. R. (1939). *The clinical treatment of the problem child*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1942). *Counseling and psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1946). Significant aspects of clientcentered therapy. *American Psychologist*, 1, 415-422.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of a science* (Vol. 3). New York: McGraw-Hill.
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1967). Autobiography. In E. Boring & G. Lindzey (Eds.), *A history of psychology in autobiography* (Vol. 5). New York: Appleton-Century-Crofts.
- Rogers, C. R. (1970). *On encounter groups*. New York: Harper & Row.
- Rogers, C. R. (1974). In retrospect: Forty-six years. *American Psychologist*, 29, 115-123.
- Rogers, C. R. (1980). *A way of being*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R., & Dymond, R. F. (1954). *Psychotherapy and personality change*. Chicago: University of Chicago Press.
- Rogers, C. R., Gendlin, E. T., Kiesler, D. J., & Truax, C. B. (1967). *The therapeutic relationship and its impact*. Madison: University of Wisconsin Press.
- Rogers, R. (1995). *Diagnostic and structured interviewing: A handbook for psychologists*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Rogers, R., Bagby, R., & Chakraborty, D. (1993). Feigning schizophrenic disorders on the

- application. New York: Winston/Wiley.
- Reitan, R. M., & Wolfson, D. (1993). *The Halstead-Reitan neuropsychological test battery: Theory and clinical interpretation* (2nd ed.). Tucson, AZ: Neuropsychology Press.
- Reitan, R. M., & Wolfson, D. (1996). The question of validity of neuropsychological test scores among head-injured litigants: Development of a dissimulation index. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 11, 573-580.
- Resnick, J. H. (1991). Finally, a definition of clinical psychology: A message from the president, Division 12. *Clinical Psychologist*, 44, 3-11.
- Resnick, R.J. (1985). The case against the Blues: The Virginia challenge. *American Psychologist*, 40, 975-983.
- Resnick, R. J. (1997). A brief history of practiceexpanded. *American Psychologist*, 52, 463-468.
- Rice, P. L. (1998). *Health psychology*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Richardson, F. C., & Suinn, R. M. (1973). A comparison of traditional systematic desensitization, accelerated massed desensitization, and anxiety management training in the treatment of mathematics anxiety. *Behavior Therapy*, 4, 212-218.
- Richters, J., & Pellegrini, D. (1989). Depressed mothers' judgments about their children: An examination of the depression-distortion hypothesis. *Child Development*, 60, 1068-1075.
- Riley, W. T, Elliott, R. L., & Thomas, J. R. (1992). Impact of prescription privileging on psychology training: Training directors' survey. *Clinical Psychologist*, 45, 63-71.
- Riva, M. T, & Smith, R. D. (1997). Looking into the future of group research: Where do we go from here? *Journal for Specialists in Group Work*, 22, 266-276.
- Roberts, M. C. (1986). Pediatric psychology: *Psychological interventions and strategies for pediatric problems*. New York: Pergamon Press.
- Roberts, M. c., Carlson, C. I., Erickson, M. T., Friedman, R. M., La Greca, A. M., Lemanek, K. L., et al. (1998). A model for training psychologists to provide services for children and adolescents. *Professional Psychology: Research and Practice*, 29, 293-299.
- Robiner, W. N. (1991). How many psychologists are needed? A call for a national psychology human resource agenda. *Professional Psychology: Research and Practice*, 22, 427-440.
- Robins, c.J. (1990). Congruence of personality and life events in depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 393-397.
- Robins, L. N. (1985). Epidemiology: Reflections on testing the validity of psychiatric

Hall.

- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80(1, Whole No. 609).
- Rotter, J. B. (1970). Some implications of a social learning theory for the practice of psychotherapy. In D. J. Levis (Ed.), *Learning approaches to therapeutic behavior change*. Chicago: Aldine. (Also reprinted in Rotter, Chance, & Phares, 1972)
- Rotter, J. B. (1971). *Clinical psychology* (2nds ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Rotter, J. B., & Rafferty, J. E. (1950). *Manual (or the Rotter Incomplete Sentences Blank, college form)*. New York: Psychological Corporation.
- Rotter, J. B., & Wickens, D. D. (1948). The consistency and generality of ratings of "social aggressiveness" made from observations of role playing situations. *Journal of Consulting Psychology*, 12, 234-239.
- Routh, D. K. (1988). Prevention and life style in child health psychology. In B. G. Melamed, K. A. Matthews, D. K. Routh, B. Stabler, & N. Schneiderman (Eds.), *Child health psychology*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Routh, D. K. (1996). Lightner Witmer and the first 100 years of clinical psychology. *American Psychologist*, 51, 244-247.
- Ryan, W. (1971). *Blaming the victim*. New York: Random House.
- Salter, A. (1949). *Conditioned reflex therapy*. New York: Farrar, Straus.
- Sanchez, P. N., & Kahn, M. W. (1991). Differentiating medical from psychological disorders: How do medically and non-medically trained clinicians differ? *Professional Psychology: Research and Practice*, 22, 124-126.
- Sanford, N. (1965). The prevention of mental illness. In B. B. Wolman (Ed.), *Handbook of clinical psychology*. New York: McGraw-Hill.
- Sarbin, T. R. (1943). A contribution to the study of actuarial and individual methods of prediction. *American Journal of Sociology*, 48, 593-602.
- Satir, V. (1967a). *Conjoint (family therapy* (2nd Rev. ed.). Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.
- Satir, V. (1967b). A family of angels. In J. Haley & L. Hoffman (Eds.), *Techniques of family therapy*. New York: Basic Books.
- Satir, V. (1975). You as a change agent. In V. Satir, J. Stachowiak, & H. A. Taschman (Eds.), *Helping families to change*. New York: Aronson.
- Sattler, J. M. (1970). Racial "experimenter effects" in experimentation, testing, interviewing,

- MMPI-2: Detection of coached simulators. *Journal of Personality Assessment*, 60, 215-226.
- Rogers, R., Harrell, E., & Liff, C. (1993). Feigning neuropsychological impairment: A critical review of methodological and clinical considerations. *Clinical Psychology Review*, 13, 255-274.
- Rogers, R. W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Psychology*, 91, 93-114.
- Rogler, L. H., Malgady, R. G., Costantino, G., & Blumenthal, R. (1987). What do culturally sensitive mental health services mean? The case of Hispanics. *American Psychologist*, 42, 565-570.
- Ronan, K., Kendall, P. C., & Rowe, M. (1994). Negative affectivity in children: Development and validation of a self-statement questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 18, 509-528.
- Rose, S. D. (1991). The development and practice of group treatment. In M. Hersen, A. E. Kazdin, & A. Bellack (Eds.), *The clinical psychology handbook* (2nd ed., pp. 627-642). New York: Pergamon Press.
- Rosenbaum, M. (1965). Group psychotherapy and psychodrama. In B. B. Wolman (Ed.), *Handbook of clinical psychology*. New York: McGraw-Hill.
- Rosenman, R. H. (1978). The interview method of assessment of the coronary-prone behavior pattern. In T. M. Dembroski, S. M. Weiss, J. L. Shields, S. G. Haynes, & M. Feinleib (Eds.), *Coronary-prone behavior*. New York: Springer-Verlag.
- Rosenstock, I. M. (1974). The health belief model and preventive health behavior. *Health Psychology Monographs*, 2, 354-386.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education Quarterly*, 15, 175-183.
- Rosenthal, R. (1966). *Experimenter effects in behavioral research*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Rotgers, E., & Barrett, D. (1996). Daubert v. Merrell Dow and expert testimony by clinical psychologists: Implications and recommendations for practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 27, 467-474.
- Rotter, J. B. (1946). Thematic Apperception Tests: Suggestions for administration and interpretation. *Journal of Personality*, 15, 70-92.
- Rotter, J. B. (1954). *Social learning and clinical psychology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice

- York: Wiley.
- Scogin, E., & McElreath, L. (1994). Efficacy of psychosocial treatments for geriatric depression: A quantitative review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*, 69-74.
- Scott, N. E., & Borodovsky, L. G. (1990). Effective use of cultural role taking. *Professional Psychology: Research and Practice, 21*, 167-170.
- Sears, J. D., Hirt, M. L., & Hall, R. W. (1984). A crossvalidation of the Luria-Nebraska Neuropsychological Battery. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52*, 309-310.
- Sechrest, L. (1963). Incremental validity: A recommendation. *Educational and Psychological Measurement, 23*, 153-158.
- Seligman, M. E. P. (1994). What you can change and what you can't. New York: Knopf.
- Seligman, M. E. P. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports study. *American Psychologist, 50*, 965-974.
- Seligman, M. E. P., Castellon, C., Cacciola, L., Schulman, P., Luborsky, L., Ollrove, M., et al. (1988). Explanatory style change during cognitive therapy for unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology, 97*, 13-18.
- Seligman, M. E. P., Reivich, K., Jaycox, L., & Gillham, J. (1995). *The optimistic child*. New York: Houghton Mifflin.
- Sell v. United States, 123 S.Ct. 2174 (2003).
- Semenoff, B. (1976). *Projective techniques*. New York: Wiley.
- Severance, L. L. & Loftus, E. E. (1982). Improving the ability to comprehend and apply criminal jury instructions. *Law and Society Review, 17*, 153-198.
- Sexton, T. L., Alexander, J. E., & Mease, A. L. (2004). Levels of evidence for the models and mechanisms of therapeutic change in family and couple therapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 590-646). New York: Wiley.
- Shadish, W. R., Montgomery, L. M., Wilson, P., Wilson, M. R., Bright, I., & Okwumabua, T. (1993). Effects of family and marital psychotherapies: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 992-1002.
- Shaffer, G. W., & Lazarus, R. S. (1952). *Fundamental concepts in clinical psychology*. New York: McGraw-Hill.
- Shapiro, A. E., & Wiggins, J. G. (1994). A PsyD degree for every practitioner: Truth in

- and psychotherapy. *Psychological Bulletin*, 73, 137-160.
- Sattler, J. M. (2001). *Assessment of children: Cognitive applications* (4th ed.). San Diego, CA: Sattler Publishing.
- Sattler, J. M., & Gwynne, J. (1982). White examiners generally do not impede the intelligence test performance of Black children: To debunk a myth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 196-208.
- Sawyer, J. (1966). Measurement and prediction, clinical and statistical. *Psychological Bulletin*, 66, 178-200.
- Schmideberg, M. (1970). Psychotherapy with failures of psychoanalysis. *British Journal of Psychiatry*, 116, 195-200.
- Schneider, S. E. (1991). No fluoride in our future. *Professional Psychology: Research and Practice*, 22, 456-460.
- Schneiderman, N., Antoni, M. H., Saab, P. G., & Ironson, G. (2001). Health psychology: Psychosocial and biobehavioral aspects of chronic disease management. *Annual Review of Psychology*, 52, 555-580.
- Schofield, W. (1964). *Psychotherapy: The purchase of friendship*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Schroeder, M. L., Wormworth, J. A., & Livesley, W. J. (1992). Dimensions of personality disorder and their relationships to the big five dimensions of personality. *Psychological Assessment*, 4, 47-53.
- Schuerger, J. M., & Witt, A. C. (1989). The temporal stability of individually tested intelligence. *Journal of Clinical Psychology*, 45, 294-302.
- Schultheis, M. T., & Rizzo, A. A. (2002, Summer/Fall). New directions in neuropsychology: Virtual reality technology. *Newsletter 40: Division of Clinical Neuropsychology*, 20(2), 3-8.
- Schwartz, G. E., & Weiss, S. (1977). What is behavioral medicine? *Psychosomatic Medicine*, 36, 377-381.
- Schwartz, R. M., & Gottman, J. M. (1976). Toward a task analysis of assertive behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 910-920.
- Schweinhart, L. L. & Weikart, D. B. (1988). The High Scope/Perry Preschool Program. In R. H. Price, E. L., Cowen, R. P. Lorion, & J. Ramos-McKay (Eds.), *Fourteen ounces of prevention: A casebook for practitioners*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Schwitzgebel, R. L., & Schwitzgebel, R. K. (1980). *Law and psychological practice*. New

- labeling. *American Psychologist*, 49, 207-210.
- Shapiro, D. A., & Shapiro, D. (1982). Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: A replication and refinement. *Psychological Bulletin*, 92, 581-604.
- Shapiro, D. A., & Shapiro, D. (1983). Comparative therapy outcome research: Methodological implications of meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 42-53.
- Shea, S. C. (1998). *Psychiatric interviewing: The art of understanding* (2nd ed.). Philadelphia: Saunders.
- Sheldrick, R. c., Kendall, P. c., & Heimberg, R. G., (2001). Assessing clinical significance: A comparison of three treatments for conduct disordered children. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 418-430.
- Shepherd, M., Oppenheim, B., & Mitchell, S. (1971). *Childhood behavior and mental health*. New York: Grune & Stratton.
- Sher, K. L., Walitzer, K. S., Wood, P. K., & Brent, E. E. (1991). Characteristics of children of alcoholics: Putative risk factors, substance use and abuse, and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 427-448.
- Shiang, L., Kjellander, C., Huang, K., & Bogumill, S. (1998). Developing cultural competency in clinical practice: Treatment considerations for Chinese cultural groups in the United States. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 182-210.
- Shneidman, E. S. (1951). *Thematic test analysis*. New York: Grune & Stratton.
- Shneidman, E. S. (1965). Projective techniques. In B. Wolman (Ed.), *Handbook of clinical psychology*. New York: McGraw-Hill.
- Shrout, P. E., & Fleiss, J. L. (1979). Intraclass correlations: Uses in assessing rater reliability. *Psychological Bulletin*, 86, 420-428.
- Shuman, D. W., & Foote, W (1999). Jaffe v. Redmond's impact: After the Supreme Court's recognition of a psychotherapist-patient privilege. *Professional Psychology: Research & Practice*, 30, 479-487.
- Sierles, F. S., & Taylor, M. A. (1995). Decline of U.S. medical student career choice of psychiatry and what to do about it. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1416-1426.
- Sifneos, P. E. (1972). *'Short-term psychotherapy and emotional crisis*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Silverman, W. K., & Serafini, L. T. (1998). Assessment of child behavior problems:

- Internalizing disorders. In A. S. Bellack & M. Hersen (Eds.), *Behavioral assessment: A practical handbook* (4th ed., pp. 342-360). Boston: Allyn & Bacon.
- Simon, R. J., & Aaronson, D. E. (1988). *The insanity defense: A critical assessment of law and policy in the post-Hinckley era*. New York: Praeger.
- Singer, E. (1965). *Key concepts in psychotherapy*. New York: Random House.
- Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. New York: Macmillan.
- Skinner, B. F. (1971). *Beyond freedom and dignity*. New York: Knopf.
- Skinner, H. A., Steinhauer, P. D., & Santa-Barbara, J. (1983). The Family Assessment Measure. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 2, 91-103.
- Sleek, S. (1995a). Managed care sharpens master's degree debate. *APA Monitor*, 26, 8-9.
- Sloane, R. B., Staples, F. R., Cristol, A. H., Yorkston, N. J., & Whipple, K. (1975a). *Psychotherapy versus behavior therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Sloane, R. B., Staples, F. R., Cristol, A. H., Yorkston, N. J., & Whipple, K. (1975b). Short-term analytically oriented psychotherapy versus behavior therapy. *American Journal of Psychiatry*, 132, 373-377.
- Smith, E. W. L. (Ed.). (1976). *The growing edge of Gestalt therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Smith, G. T., & McCarthy, D. M. (1995). Methodological considerations in the refinement of clinical assessment instruments. *Psychological Assessment*, 7, 300-308.
- Smith, G. T., McCarthy, D. M., & Anderson, K. G. (2000). On the sins of short-form development. *Psychological Assessment*, 12, 102-111.
- Smith, M. B., & Hobbs, N. (1966). The community and the community mental health center. *American Psychologist*, 21, 499-509.
- Smith, M. L., & Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32, 752-760.
- Smith, M. L., Glass, G. v., & Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Smith, R. J., Barth, J. T., Diamond, R., & Giuliano, A. J. (1997). Evaluation of head trauma. In G. Goldstein, P. D. Nussbaum, & S. R. Beers (Eds.), *Neuropsychology* (pp. 135-170). New York: Plenum Press.
- Smith, T. W. (1992). Hostility and health: Current status of a psychosomatic hypothesis. *Health Psychology*, 11, 139-150.
- Smith, T. w., & Ruiz, J. M. (2002). Psychosocial influences on the development and course

- of coronary heart disease: Current states and implications for research and practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 548-568.
- Smyer, M. A., Balster, R. L., Egli, D., Johnson, D. L., Kilbey, M. M., Leith, N.J., et al. (1993). Summary of the report of the Ad Hoc Task Force on Psychopharmacology of the American Psychological Association. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24, 394-403.
- Snyder, D. K. (2000). Computer-assisted judgment: Defining strengths and disabilities. *Psychological Assessment*, 12, 52-60.
- Snyder, D. K., Widiger, T. A., & Hoover, D. (1990). Methodological considerations in validating computer-based test interpretations: Controlling for response bias. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2, 470-477.
- Snyder, W. U. (1961). *The psychotherapy relationship*. New York: Macmillan.
- Sobell, M. B., & Sobell, L. C. (1978). *Behavioral treatment of alcohol problems: Individualized therapy and controlled drinking*. New York: Plenum Press.
- Solomon, J. C. (1955). Play technique and the integrative process. *Journal of Orthopsychiatry*, 25, 591-600.
- Spearman, C. (1927). *The abilities of man*. New York: Macmillan.
- Spitzer, R. L. (1981). The diagnostic status of homosexuality in DSM-III: A reformulation of the issues. *American Journal of Psychiatry*, 138, 210-215.
- Steadman, H. J., Mulvey, E., Monahan, J., Robbins, R. c., Appelbaum, P. S., Grisso, T., et al. (1998). Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. *Archives of General Psychiatry*, 55, 393-401.
- Steenbarger, B. N., & Budman, S. H. (1996). Group psychotherapy and managed behavioral health care: Current trends and future challenges. *International Journal of Group Psychotherapy*, 46, 297-309.
- Stein, D.J., Dodman, N. H., Borchelt, P., & Hollander, E. (1994). Behavioral disorders in veterinary practice: Relevance to psychiatry. *Comprehensive Psychiatry*, 35, 275-285.
- Stein, D. M., & Lambert, M. J. (1995). Graduate training in psychotherapy: Are therapy outcomes enhanced? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 182-196.
- Stein, M. I. (1948). *The Thematic Apperception Test: An introductory manual for its clinical*

- use with adult males. Cambridge, MA: Addison-Wesley.
- Stern, W. (1938). *General psychology from the personalistic point of view*. New York: Macmillan.
- Sternberg, R. J. (1985). *Beyond IQ: A triarchic theory of human intelligence*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Sternberg, R. J. (1991). Theory-based testing of intellectual abilities: Rationale for the triarchic abilities test. In H. A. Rowe (Ed.), *Intelligence: Reconceptualization and measurement* (pp. 183-202). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Sternberg, R. J. (2003). A broad view of intelligence: The theory of successful intelligence. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 55, 139-154.
- Sternberg, R. J., & Salter, W. (1982). Conceptions of intelligence. In R. J. Sternberg (Ed.), *Handbook of human intelligence*. New York: Cambridge University Press.
- Sternberg, R. J., & Wagner, R. K. (Eds.). (1986). *Practical intelligence: Nature and origins of competence in the everyday world*. New York: Cambridge University Press.
- Stewart, A. E., & Stewart, E. A. (1998). Trends in postdoctoral education: Requirements for licensure and training opportunities. *Professional Psychology: Research and Practice*, 29, 273-283.
- Stone, A. A. & Shiffman, S. (1994). Ecological momentary assessment in behavioral medicine. *Annals of Behavioral Medicine*, 16, 199-202.
- Stone, A. A., Shiffman, S., Schwartz, J. E., Broderick, J. E., & Hufford, M. R. (2002). Patient noncompliance with paper diaries. *BMJ*, 234, 1193-1194.
- Stone, A. R., Frank, J. D., Nash, E. H., & Imber, S. D. (1961). An intensive five-year follow-up study of treated psychiatric outpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 133, 410-422.
- Stricker, G., & Gold, J. R. (1999). The Rorschach: Toward a nomothetically based, idiographically applicable configurational model. *Psychological Assessment*, 11, 240-250.
- Strickland, B. R. (1988). Clinical psychology comes of age. *American Psychologist*, 43, 104-107.
- Strosahl, K. (1998). The dissemination of manual-based psychotherapies in managed care: Promises, problems, and prospects. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 382-386.
- Strupp, H. H. (1971). *Psychotherapy and the modification of abnormal behavior*. New York:

- Strupp, H. H. (1990). Reflections on my career in clinical psychology. In C. E. Walker (Ed.), *The history of clinical psychology in autobiography* (Vol. 1, pp. 293-329). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Strupp, H. H., & Bergin, A. E. (1969). Some empirical and conceptual bases for coordinated research in psychotherapy: A critical review of issues, trends, and evidence. *International Journal of Psychiatry*, 7, 18-90.
- Strupp, H. H., & Binder, J. L. (1984). *Psychotherapy in a new key: A guide to time-limited dynamic therapy*. New York: Basic Books.
- Stuart, R. B. (1969). Operant interpersonal treatment for marital discord. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 675-682.
- Stuart, R. B. (1980). *Helping couples change: A social learning approach to marital therapy*. New York: Guilford Press.
- Stunkard, A. J. (1979). Behavioral medicine and beyond: The example of obesity. In O. Pomerleau & J. Brady (Eds.), *Behavioral medicine: Theory and practice*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Sturges, J. W., & Rogers, R. W. (1996). Preventive health psychology from a developmental perspective: An extension of protection motivation theory. *Health Psychology*, 15, 158-166.
- Substance Abuse and Mental Health Service Administration (SAMHSA). (2003). *Overview of findings from the 2002 National Survey on Drug Use and Health* (Office of Applied Studies, NHSDA Series H-21; DHHS Publication No. SMA 03-3774). Rockville, MD: U.S. Government Printing Office.
- Sue, D. W. (1990). Culture-specific strategies in counseling: A conceptual framework. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21, 424-433.
- Sue, S. (1988). Psychotherapeutic services for ethnic minorities: Two decades of research findings. *American Psychologist*, 43, 301-308.
- Sue, S. (1998). In search of cultural competence in psychotherapy and counseling. *American Psychologist*, 53, 440-448.
- Sue, S., Zane, N., & Young, K. (1994). Research on psychotherapy with culturally diverse populations. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 783-817). New York: Wiley.
- Suls, J., & Wan, C. K. (1989). Effects of sensory and procedural information on coping with

- Terman, L. M., & Merrill, M. A. (1960). *Stanford-Binet Intelligence Scale*. Boston: Houghton Mifflin.
- Thase, M. E., & Jindal, R. D. (2004). Combining psychotherapy and Psychopharmacology for treatment of mental disorders. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 743-766). New York: Wiley.
- Thigpen, C. H., & Cleckley, H. (1957). *The three faces of Eve*. New York: McGraw-Hill.
- Thorndike, R. L., Hagen, E. P., & Sattler, J. M. (1986). *Stanford-Binet Intelligence Scale: Guide for administering and scoring the fourth edition*. Chicago: Riverside.
- Thorndike, R. M. (1997). The early history of intelligence testing. In D. P. Flanagan, J. L. Genshaft, & P. L. Harrison (Eds.), *Contemporary intellectual assessment: Theories, tests, and issues* (pp. 3-16). New York: Guilford Press.
- Thorpe, G. L., & Olson, S. L. (1997). *Behavior therapy: Concepts, procedures, and applications* (2nd ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Thurstone, L. L. (1938). Primary mental abilities. *Psychometric Monographs* (No. 1).
- Timbrook, R. E., & Graham, J. R. (1994). Ethnic differences on the MMPI-2? *Psychological Assessment*, 6, 212-217.
- Tolan, P. H., Gorman-Smith, D., Huesmann, L. R., & Zelli, A. (1997). Assessment of family relationship characteristics: A measure to explain risk for antisocial behavior and depression among urban youth. *Psychological Assessment*, 9, 212-223.
- Tomarken, A. J. (1995). A psychometric perspective on psychophysiological measures. *Psychological Assessment*, 7, 387-395.
- Travis, L. (2001). Training for interdisciplinary healthcare. *Health Psychologist*, 23, 4-5.
- Trickett, E. J. (1996). A future for community psychology: The contexts of diversity and the diversity of contexts. *American Journal of Community Psychology*, 24, 209-234.
- Trickett, E. J., Kelly, J. G., & Todd, D. M. (1972). The social environment of the school: Guidelines for individual change and organizational redevelopment. In S. Golann & c. Eisdorfer (Eds.), *Handbook of community mental health* (pp. 331-406). New York: Appleton-Century-Crofts.
- Truax, C. B., & Carkhuff, R. R. (1967). *Toward effective counseling and psychotherapy*. Chicago: Aldine-Atherton.
- Truax, C. B., & Mitchell, K. M. (1971). Research on certain therapist interpersonal skills in relation to process and outcome. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis*. New York: Wiley.
- Trull, T. J. (1992). DSM-III-R personality disorders and the five-factor model of

- personality: An empirical comparison. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 553-560.
- Trull, T. J., & Sher, K. J. (1994). Relationship between the five-factor model of personality and Axis I disorders in a nonclinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 350-360.
- Trull, T.J., Used a, J. D., Costa, P. T., Jr., & McCrae, R. R. (1995). Comparison of the MMPI-2 Personality Psychopathology Five (PSY-5), the NED-PI, and the NEO-PI-R. *Psychological Assessment*, 7, 508-516.
- Trull, T. J., & Widiger, T. A (1997). *Structured Interview for the Five-Factor Model of Personality (SIFFM): Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Trull, T. J., Widiger, T. A, & Guthrie, P. (1990). Categorical versus dimensional status of borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 40-48.
- Tryon, W. W. (1998). Behavioral observation. In A. S. Bellack & M. Hersen (Eds.), *Behavioral assessment: A practical handbook* (4th ed., pp. 79-103). Boston: Allyn & Bacon.
- Turk, D. C., & Okifuji, A. (2002). Psychological factors in chronic pain: Evolution and revolution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 678-690.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Heiser, N. A., Johnson, M. R., & Lydiard, R. B. (2003). The Social Thoughts and Beliefs Scale: A new inventory for assessing cognitions in social phobia. *Psychological Assessment*, 15, 384-391.
- Twentyman, C. T., & McFall, R. M. (1975). Behavioral training of social skills in shy males. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 384-395.
- Ullman, L. P., & Krasner, L. (Eds.). (1965). *Case studies in behavior modification*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- U.S. Department of Health and Human Services. (1997). *Ninth special report to the U.S. Congress on alcohol and health*. Rockville, MD: U.S. Public Health Service.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2000). *Tenth special report to the U.S. Congress on alcohol and health*. Rockville, MD: U.S. Public Health Service.
- Van Kaam, A. (1966). *Existential foundations of psychology*. Pittsburgh, PA: Duquesne University Press.
- Wrnon, P. E. (1950). The validation of civil service selection board procedures. *Occupational Psychology*, 24, 75-95.
- Vernon, P. E. (1960). *The structure of human abilities* (Rev.ed.). London: Methuen.

- Viglione, D. J. (1999). A review of recent research addressing the utility of the Rorschach. *Psychological Assessment, 11*, 251-265.
- Viglione, D. J., & Hilsenroth, M. J. (2001). The Rorschach: Facts, fiction, and future. *Psychological Assessment, 13*, 472-485.
- Voegtlin, W., & Lemere, F. (1942). The treatment of alcohol addiction. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 2*, 717-803.
- Wadden, T. A., Brownell, K. D., & Foster, G. D. (2002). Obesity: Responding to the global epidemic. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 510-525.
- Wagner, L., Davis, S. & Handelsman, M. M. (1998). In search of the abominable consent form: The impact of readability and personalization. *Journal of Clinical Psychology, 54*, 115-120.
- Wagner, M. K. (2002). The high cost of prescription privileges. *Journal of Clinical Psychology, 58*, 677-680.
- Wallace, J. (1966). An abilities conception of personality. Some implications for personality measurement. *American Psychologist, 21*, 132-138.
- Walsh, K., & Darby, D. (1999). *Neuropsychology: A clinical approach* (4th ed.). New York: Churchill Livingstone.
- Ward, C. H., Beck, A. T., Mendelson, M., Mock, J. E., & Erbauch, J. K. (1962). The psychiatric nomenclature. *Archives of General Psychiatry, 7*, 198-205.
- Watkins, C. E., Jr., Campbell, V. L., Nieberding, R., & Hallmark, R. (1995). Contemporary practice of psychological assessment by clinical psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice, 26*, 54-60.
- Watson, J. B., & Rayner, R. (1920). Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology, 3*, 114.
- Watson, R. I. (1959). Historical review of objective personality testing: The search for objectivity. In B. M. Bass & I. A. Berg (Eds.), *Objective approaches to personality assessment*. Princeton, NJ: Van Nostrand.
- Wechsler, D. (1939). *The measurement of adult intelligence*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Wechsler, D. (1945). A standardized memory scale for clinical use. *Journal of Psychology, 19*, 87-95.
- Wechsler, D. (1991). *WAIS-III: Wechsler Intelligence Scale for Children-Third Edition manual*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Wechsler, D. (1997a). *WAIS-III: Administration and scoring manual*. San Antonio, TX:

- Psychological Corporation.
- Wechsler, D. (1997b). *Wechsler Memory Scale-Third Edition*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Wechsler, D. (2003). *Wechsler Intelligence Scale for Children Fourth Edition (WISC-IV)*. San Antonio, TX: Harcourt Assessment.
- Weinberg, R. A. (1989). Intelligence and IQ: Landmark issues and great debates. *American Psychologist*, 44, 98-104.
- Weiner, I. B. (1975). *Principles of psychotherapy*. New York: Wiley-Interscience.
- Weiner, I. B. (1991). Editor's note: Inter-scorer agreement in Rorschach research. *Journal of Personality Assessment*, 56, 1.
- Weiner, I. B. (1995). Methodological considerations in Rorschach research. *Psychological Assessment*, 7, 330-337.
- Weiner, I. B., Spielberger, C. D., & Abeles, N. (2002). Scientific psychology and the Rorschach Inkblot Method. *The Clinical Psychologist*, 55, 7-12.
- Weiss, B., Catron, T., Harris, V., & Phung, T. M. (1999). The effectiveness of traditional child psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 82-94.
- Weiss, R., & Margolin, G. (1977). Marital conflict and accord. In A. R. Ciminero, K. S. Calhoun, & H.E. Adams (Eds.), *Handbook of behavioral assessment*. New York: Wiley.
- Weiss, R. L., Hops, H., & Patterson, G. R. (1973). A framework for conceptualizing marital conflict, technology for altering it, some data for evaluating it. In L. A. Hamerlynck, L. C. Handy, & E. J. Mash (Eds.), *Behavior change: Methodology, concepts, and practice* (pp. 309-342). Champaign, IL: Research Press.
- Weissman, M. M., & Markowitz, J. C. (1994). Interpersonal psychotherapy: *Current status*. *Archives of General Psychiatry*, 51, 599-606.
- Weissman, M. M., & Markowitz, J. C. (1998). An overview of interpersonal psychotherapy. In J. C. Markowitz (Ed.), *Interpersonal psychotherapy* (pp. 1-33). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Weisz, J. R., Donenberg, G. R., Han, S. S., & Weiss, B. (1995). Bridging the gap between laboratory and clinic in child and adolescent psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 688-701.
- Weisz, J. R., Weiss, B., Alicke, M. D., & Klotz, M. I. (1987). Effectiveness of psychotherapy with children and adolescents: A meta-analysis for clinicians. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 542-549.
- Weisz, J. R., Weiss, B., Han, S. S., Granger, D. A., & Morton, T. (1995). Effects of

- psychotherapy with children and adolescents revisited: A meta-analysis of treatment outcome studies. *Psychological Bulletin*, 117, 450-468.
- Wells, G. L. (1995). Scientific study of witness memory: Implications for public and legal policy. *Psychology, Public Policy, and Law*, 1, 726-731.
- Wells, G. L., & Olson, E. A. (2003). Eyewitness testimony. *Annual Review of Psychology*, 54, 277-295.
- Wells, G. L., Small, M., Penrod, S., Malpass, R. S., Fulero, S. M., & Brimacombe, C. A. E. (1998). Eyewitness identification procedures: Recommendations for lineups and photospreads. *Law and Human Behavior*, 22, 603-647.
- Westermeyer, J. (1987). Cultural factors in clinical assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 471-478.
- Wetter, M., Baer, R., Berry, D., Robison, I., & Sumpter, J. (1993). MMPI-2 profiles of motivated fakers given specific symptom information. *Psychological Assessment*, 5, 317-323.
- Wetter, M., Baer, R., Berry, D., Smith, G., & Larsen, I. (1992). Sensitivity of MMPI-2 validity scales to random responding and malingering. *Psychological Assessment*, 4, 369-374.
- White, R. W. (1976). *The enterprise of living: A view of personal growth* (2nd ed.). New York: Holt, Rinehart & Winston.
- White, S. H. (2000). Conceptual foundations of IQ testing. *Psychology, Public Policy, and Law*, 6, 33-43.
- Widiger, T. A., Mangle, S., Corbitt, E. M., Ellis, C. G., & Thomas, G. V. (1995). *Personality Disorder Interview IV: A semistructured interview for the assessment of personality disorders*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Widiger, T. A., & Settle, S. (1987). Broverman et al. revisited: An artifactual sex bias. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 463-469.
- Widiger, T. A., & Spitzer, R. I. (1991). Sex bias in the diagnosis of personality disorders: Conceptual and methodological issues. *Clinical Psychology Review*, 11, 1-22.
- Widiger, T. A., & Trull, T. J. (1991). Diagnosis and clinical assessment. *Annual Review of Psychology*, 42, 109-133.
- Wiens, A. N. (1983). The assessment interview. In I. B. Weiner (Ed.), *Clinical methods in psychology* (2nd ed.). New York: Wiley-Interscience.
- Wierson, M., & Forehand, R. (1994). Introduction to the special section: The role of longitudinal data with child psychopathology and treatment: Preliminary comments and issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 883-886.
- Wiggins, J. S. (1973). Personality and prediction: Principles of personality assessment.

- Reading, MA: AddisonWesley.
- Wigmore, J. H. (1909). Professor Munsterberg and the psychology of testimony: Being a report of the case of *Cokestone v. Munsterberg*. *Illinois Law Review*, 3, 399-445.
- Williams, R. B., Barefoot, J. C., Califf, R. M., Haney, T. L., Saunders, W. B., Pryor, D. B., et al. (1992). Prognostic importance of social resources among patients with CAD. *Journal of the American Medical Association*, 267, 520-524.
- Willis, D. J. (1989). Expanding psychological practice to American Indians. *Clinical Psychologist*, 42, 5-8.
- Wilson, G. T. (1981). Behavior therapy as a short-term therapeutic approach. In S. H. Budman (Ed.), *Forms of brief therapy*. New York: Guilford Press.
- Wilson, G. T. (1997). Behavior therapy at century close. *Behavior Therapy*, 28, 449-457.
- Wilson, G. T. (1998). Manual-based treatment and clinical practice. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 363-375.
- Wilson, G. T., & Davison, G. C. (1971). Processes of fear reduction in systematic desensitization: Animal studies. *Psychological Bulletin*, 76, 1-14.
- Wilson, G. T., & Rachman, S. J. (1983). Meta-analysis and the evaluation of psychotherapy outcome: Limitations and liabilities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 54-64.
- Winslow, R. (1998, January 20). Health-care inflation kept in check last year. *The Wall Street Journal*, pp. B1, B4.
- Witmer, I. (1907). Clinical psychology [Editorial]. *The Psychological Clinic*, 1, 1.
- Wolberg, I. R. (1967). *The technique of psychotherapy* (2nd ed.). New York: Grune & Stratton.
- Wolf, A. (1975). Psychoanalysis in groups. In G. M. Gazda (Ed.), *Basic approaches to group psychotherapy and group counseling* (2nd ed.). Springfield, IL: Charles C Thomas.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Wolpe, J. (1973). *The practice of behavior therapy* (2nd ed.). New York: Pergamon Press.
- Wolpe, J. (1981). Behavioral therapy versus psychoanalysis: Therapeutic and social implications. *American Psychologist*, 36, 159-164.
- Wolpe, J. & Lazarus, A. A. (1966). *Behavior therapy techniques*. New York: Pergamon Press.
- Wood, J. M., Garb, H. N., Lilienfeld, S. O., & Nezworski, M. T. (2002). Clinical assessment.

- Wood, J. M., Nezworski, M. T., Lilienfeld, S. O., & Garb, H. N. (2003). *What's wrong with the Rorschach? Science confronts the controversial inkblot test*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Wood, J. M., Nezworski, M. T., & Stejskal, W. J. (1996). The Comprehensive System for the Rorschach: A critical examination. *Psychological Science*, 7, 3-10.
- Wood, J. M., Nezworski, M. T., & Stejskal, W. J. (1997). The reliability of the Comprehensive System for the Rorschach: A comment on Meyer (1997). *Psychological Assessment*, 9, 3-10.
- Woodruff-Pak, D. (1988). *Psychology and aging*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Woolfolk, A. E., Woolfolk, R. L., & Wilson, G. T. (1977). A rose by any other name . . . : Labeling bias and attitudes toward behavior modification. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, 184-191.
- Wright, L. (1967). The pediatric psychologist: A role model. *American Psychologist*, 22, 323-325.
- Wrightsman, L. S. (2001). *Forensic psychology*. Belmont, CA: Wadsworth/Thomson Learning.
- Wrightsman, L. S., Nietzel, M. T., & Fortune, W. H. (1998). *Psychology and the legal system* (4th ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Yalom, I. D. (1975). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Yates, B. T., & Taub, J. (2003). Assessing the costs, benefits, cost-effectiveness, and cost-benefit of psychological assessment: We should, we can, and here's how. *Psychological Assessment*, 15, 446-455.
- Yoken, C., & Berman, J. S. (1987). Third-party payment and the outcome of psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 571-576.
- Yoshikawa, H. (1995). Long-term effects of early childhood programs on social outcomes and delinquency. In R. E. Behrman (Ed.), *The future of children: Long-term outcomes of early childhood programs* (Vol. 5, No.3, pp. 51-75). Los Altos, CA: Center for the Future of Children.
- Zane, N., Hall, G. C. N., Sue, S., Young, K., & Nunez, J. (2004). Research on psychotherapy with culturally diverse populations. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 767-804). New York: Wiley.
- Zarin, D. A., Pincus, H. A., Peterson, B. D., West, J. C., Suarez, A. P., Marcus, S. C., et al.

- stressful medical procedures and pain: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 372-379.
- Sundberg, N. D. (1977). *Assessment of persons*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Sundberg, N. D., Tyler, L. E., & Taplin, J. R. (1973). *Clinical psychology: Expanding horizons* (2nd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Surgeon General. (1964). *Smoking and health*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Sutton, R. G., & Kessler, M. (1986). National study of the effects of clients' socioeconomic status on clinical psychologists' professional judgments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 275-276.
- Svartberg, M., & Stiles, T. C. (1991). Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 704-714.
- Swenson, C. H. (1971). Commitment and the personality of the successful therapist. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 8, 31-36.
- Symonds, P. M. (1949). *Adolescent fantasy: An investigation of the picture-story method of personality study*. New York: Columbia University Press.
- Szasz, T. S. (1970). *The manufacture of madness*. New York: Harper & Row.
- Tarullo, L. B., Richardson, D. T., Radke-Yarrow, M., & Martinez, P. E. (1995). Multiple sources in child diagnosis: Parent-child concordance in affectively ill and well families. *Journal of Clinical Child Psychology*, 24, 173-183.
- Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures. (1995). Training in and dissemination of empirically validated psychological treatments. *Clinical Psychologist*, 48, 3-23.
- Taylor, S. E. (1984). The developing field of health psychology. In A. Baum, S. E. Taylor, & J. E. Singer (Eds.), *Handbook of psychology and health* (Vol. 4). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Taylor, S. E. (1999). *Health Psychology* (4th ed.). Boston: McGraw-Hill.
- Telch, M. J. (1981). The present status of outcome studies: A reply to Frank. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 472-475.
- Tellegen, A. (1993). Folk concepts and psychological concepts of personality and personality disorder. *Psychological Inquiry*, 4, 122-130.
- Tellegen, A., & Ben-Porath, Y. S. (1992). The new uniform T-scores for the MMPI-2: Rationale, derivation, and appraisal. *Psychological Assessment*, 4, 145-155.
- Terman, L. M., & Merrill, M. A. (1937). *Measuring intelligence*. Boston: Houghton Mifflin.